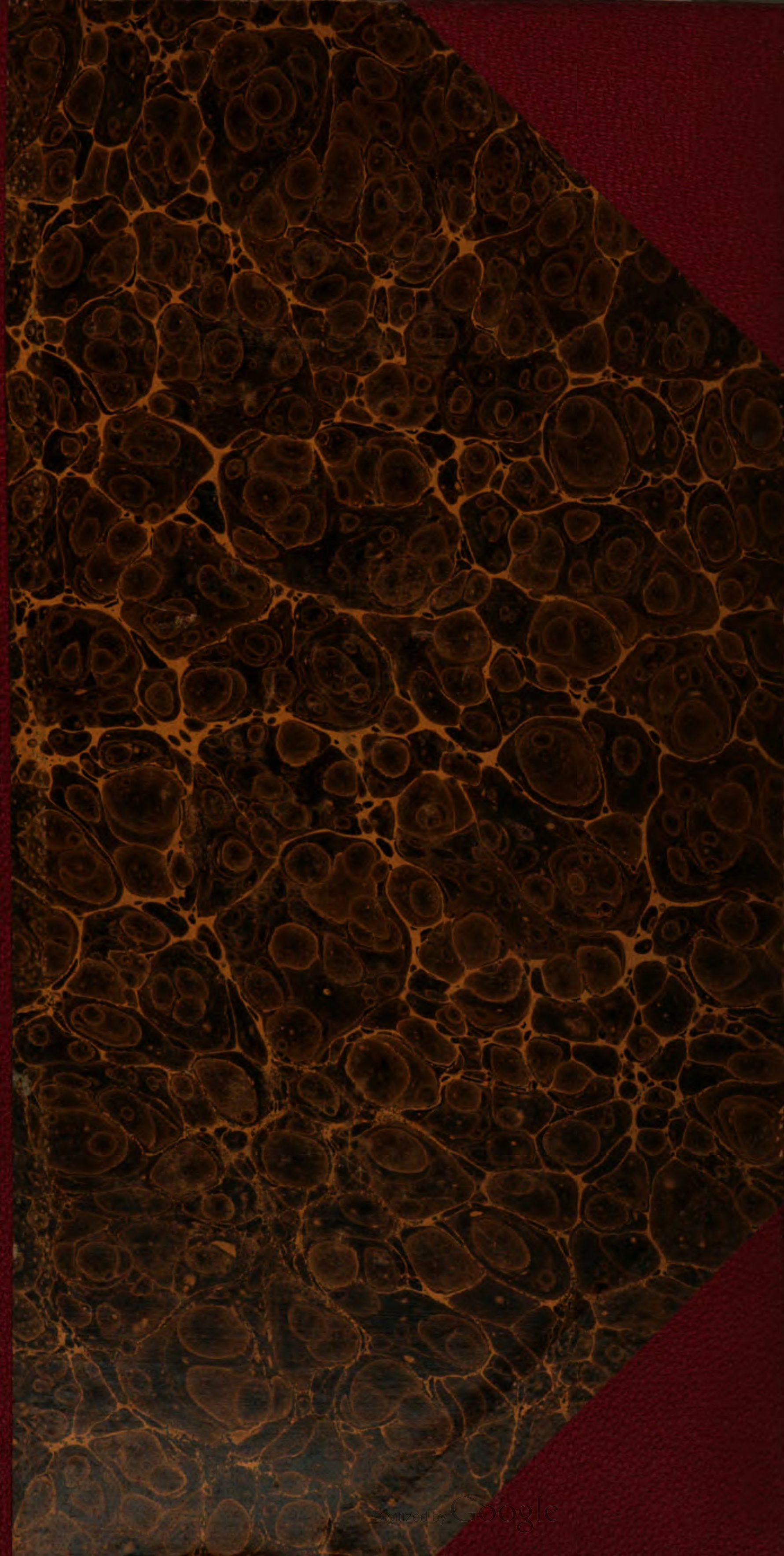


Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. T. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. Meyer** (Berlin), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **R. Semon** (München), **G. Sentiñon** (Barcelona), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

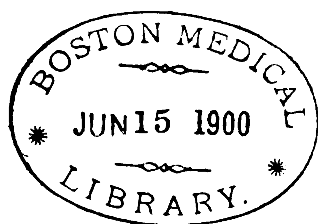
herausgegeben

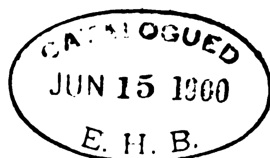
von

SIR FELIX SEMON
London.

Fünfzehnter Jahrgang.
(Januar—December 1899.)

Berlin, 1899.
Verlag von August Hirschwald.
NW. Unter den Linden 68.


BOSTON MEDICAL
JUN 15 1900
LIBRARY.


JUN 15 1900
E. H. B.

Inhalt.

I. Leitartikel.

Seite

Die laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1897 1

Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten 217, 269, 333

Jahresbericht 541

II. Referate.

Ss. 2—42, 51—84, 97—135, 143—166, 179—203, 223—258, 280—313, 343—388, 391—424, 437—463, 497—529.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, herausgeg. von P. Heymann. Besprochen von H. Burger (Amsterdam) . 42, 258, 530

H. Bottini: Die Chirurgie des Halses. Uebersetzt von L. Arkel. Besprochen von Onodi (Budapest) 424

A. Rosenberg (Berlin): Die Krankheiten der Mundhöhle des Rachens und des Kehlkopfs. 2. Auflage. Besprochen von H. Burger (Amsterdam) 529

b) Monographien und grössere Aufsätze:

E. P. Friedrich (Kiel): Rhinologie, Laryngologie und Otologie in ihrer Bedeutung für die allgemeine Medicin. Besprochen von F. Semon 313

G. Cornet: Die Tuberkulose. Besprochen von F. Klemperer (Strassburg) 316

Ludwig Jankau (München): Vademecum. 4. Aufl.
Richard Lake (London): Internationaler Adresskalender der Laryngologen etc.
} Besprochen von F. Semon 464

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

Gesellschaft der ungarischen Kehlkopfärzte. Berichte von E. v. Navratil 45, 211, 475

American Laryngological Association. 19. und 20. Jahresversammlung. Washington 1897 u. 1898. Berichte von G. Leffertss . . . 84, 533

Seite
Berliner Laryngologische Gesellschaft. Berichte von A. Rosenberg . 91, 387
Londoner Laryngologische Gesellschaft. Ber. von E. Waggett 135, 203, 317, 425
British Laryngological, Rhinological and Otological Association. Berichte von E. Waggett 166, 325
Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte. III. Sitzung. 1898. Bericht von Moses 171
Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- u. Ohrenheilkunde. Jahresversammlung 1898. Bericht von H. Burger 173
Deutsche Naturforscherversammlung. Düsseldorf 1898. Laryngologische Section. Bericht von Reimers 262
Belgische Laryngologische Gesellschaft. 1898. Bericht von Bayer . . 472

V. Nekrologe.

Alfredo Antunes Kanthack 96
A. Nijkamp. 487
Karl Stoerk 489
Eduard Aber — Ferdinand Hirschwald 540
Max Thorner 588

VI. Briefkasten.

Berichtigungen 50
Das 25jährige Jubiläum der „Annales des Maladies de l'Oreille et du Larynx" 96
Zum zehnjährigen Bestehen der Berliner Laryngologischen Gesellschaft 142, 176
Personalnachrichten 142, 268, 330, 540, 588
Sechste Versammlung süddeutscher Laryngologen 177
71. deutsche Naturforscherversammlung (München) 178, 435
Gründung einer dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft 216
Vorstand der Londoner Laryngologischen Gesellschaft 216
Joseph O'Dwyer-Stiftung 331
Neues italienisches Specialjournal 331
Italienische laryngo-otologische Gesellschaft 331
Die italienischen Referate des Centralblatts 332
XIII. Internationaler Medicinischer Congress. Bureau und allgemeine Discussionen der laryngo-rhinologischen Section 435
Zur Frage der Vereinigung der laryngologischen und otologischen Sectionen bei den internationalen medicinischen Congressen . . 436, 488, 586
Physiopathologie des N. olfactorius 436
Die Frage der Stimme bei einseitiger Medianstellung einer Stimmlippe. Brief von Dr. G. Spiess 488
Der Titel: Specialist für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten 540

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, Januar. 1899. No. 1.

I. Die laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1897.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	50	194	84	135	85	37	15	600
Frankreich	25	107	100	37	76	52	17	414
Deutschland	41	97	67	21	109	19	14	368
Grossbritannien und Colonien	19	56	68	30	81	12	13	279
Oesterreich-Ungarn	38	44	26	19	50	15	4	196
Belgien und Holland . . .	3	27	16	6	33	7	5	97
Russland	6	14	6	15	14	7	2	64
Polen	5	9	1	3	10	—	2	30
Spanien	1	8	1	3	4	—	—	17
Skandinavische Königreiche .	1	—	3	5	4	3	1	17
Italien	1	8	—	1	2	—	—	12
Schweiz	—	1	—	6	—	3	—	10
Zusammen	190	565	372	281	468	155	73	2104

Die kurzen Bemerkungen, welche der Statistik des Vorjahres folgten (Centralblatt, Vol. XIV, p. 1), finden fast unveränderte Anwendung auf die vorstehende Zusammenstellung der Arbeiten des Jahres 1897. — Die Productionsverhältnisse der einzelnen Länder haben sich etwas gegen einander verschoben; die Gesammtproduction ist unbedeutend heruntergegangen. Im Uebrigen liegt zu eingehenderen Commentaren keine Veranlassung vor.

II. Referate.

a. Aeusserer Hals, Medicamente, Allgemeines.

1) **Goldbach** (Königsberg). **Die Laryngologie des Galen.** Dissert. Berlin 1898.

Die unter Leitung von Heymann angefertigte Dissertation enthält, aus den verschiedenen Werken zusammengefasst, Alles was Galen über die Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Kehlkopfes angiebt. SEIFERT.

2) **J. Sendziak. Beitrag zur laryngo-rhinologischen Casuistik. (Z kazuistyki laryngo rynologicznej.)** *Kronika lekarska. No. 15, 16, 17. 1898.*

I. Carcinoma laryngis, strictura oesophagi. Bei einem 50jährigen Manne, welcher an Schlingbeschwerden, Heiserkeit und allgemeiner Schwäche litt, wurde vom Verf. eine Infiltration der linken Larynxhälfte gefunden. Einige Zeit darauf wurde eine Strictur im unteren Drittel des Oesophagus constatirt. Verf. meint, dass es sich in diesem Falle um primäres Kehlkopfcarcinom mit secundärem Oesophaguskrebs gehandelt hat.

II. Sarcoma nasi mit ungewöhnlichem Verlauf. Bei einem 14jährigen Knaben wurde im linken Nasenloche ein wallnussgrosser, bei Sondirung stark blutender Tumor gefunden. Der Tumor wurde theilweise mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt und erwies sich bei der histologischen Untersuchung als ein Fibrosarcom.

III. Pharynxdiphtherie complicirt mit Tonsillarabscessen und Eiterungen in beiden Highmorshöhlen. Die genannten Complicationen, welche sich bei einem 18jährigen Mädchen entwickelten, verliefen günstig ohne chirurgische Intervention.

IV. Beitrag zur diagnostischen Verwerthung der Röntgenstrahlen. Bei einem 55jährigen Manne, welcher seit 3 Monaten an Dysphagie litt, wurde im oberen Drittel des Oesophagus eine Strictur und später rechtsseitige Paralysis musculi crico-arytaenoidei post. constatirt. Bei der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen wurden rechts in der Gegend der Aorta unregelmässige dunkle Stellen bemerkt, welche nach Verf. in vergrösserten lymphatischen Drüsen ihren Entstehungsgrund hatten. A. v. SOKOLOWSKI.

3) **A. Baurowicz. Einige wichtige kasuistische Fälle aus der Klinik von Prof. Pieniazek in Krakau. (Wazniejsze przypadki z oddziatu prof. Pieniazka dla chorób krtani, gardta i nosa.)** *Przeglad lekarski. No. 18, 19, 20. 1898.*

Es werden ausführlich beschrieben:

1. Ein Fall von Stenosis des Larynx, der Trachea und der Hauptbronchen bei Sclerom.

2. 7 Fälle von Larynxstenose nach überstandenem Croup.

3. Ein Fall von Bronchostenose, verursacht durch die hypertrophischen Mediastinaldrüsen.

4. Ein Fall von Stenose des linken Bronchus, verursacht durch vergrösserte tuberkulöse Drüsen.

5. Ein Fall von Larynxstenose syphilitischen Ursprungs.

6. 2 Fälle von Tracheostenose, verursacht durch syphilitische Gummata.

7. 2 Fälle von Carcinom des Larynx.

8. Ein Fall von Carcinom des weichen Gaumes.

9. Ein Fall von profuser Nasenblutung bei Morbus Werlhofi.

10. Ein Fall von blutendem Polyp der Nasenscheidewand.

11. 2 Fälle von traumatischem Haematom der Nasenscheidewand.

12. Ein Fall von Peritonsillarabscess mit Betheiligung der rechten Kehlkopfshälfte.

13. Ein Fall von Paralysis n. recurrentis nach der Operation tuberculös entarteter Halsdrüsen.

14. 5 Fälle von Fremdkörpern in Pharynx und Oesophagus.

v. SOKOLOWSKI.

4) **Lenzmann. Mittheilung zweier interessanter Fälle.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 25. 1898.*

Bei einer 36jährigen kräftigen Frau entwickelte sich aus einem Furunkel des Naseneingangs Oedem der Gesichtshaut und allgemeine Sepsis mit tödtlichem Ausgange. In dem zweiten Falle, ebenfalls bei einer Frau, entwickelte sich in der Zahnfleischwunde eines extrahirten Zahnes primäre Tuberculose. SCHECH.

5) **A. Weber** (Tarnopol). **Schwere Schussverletzung, Selbstmordversuch, Heilung.** *Wiener med. Wochenschr. No. 13. 1898.*

Einschuss zwischen Kehlkopf und Kinn. Schusscanal durch die zertrümmerten Weichtheile des Mundbodens, der Zunge, sowie das keilförmig durchbrochene Mittelstück des Unterkieferknochens. Von der Mundhöhle aus führte der Canal durch die in der Mitte entzwei gerissene Oberlippe, das knöcherne und knorpelige Nasengerüst, sowie durch die Weichtheile der Nase und endete als Ausschuss hart an der Grenze zwischen Nase und Stirn.

Tamponade des Mundhöhlenbodens mit Jodoformgaze wegen starker Blutung. Sorgfältige Naht der Weichtheile, Knochennaht des gespaltenen Unterkiefers mit Silberdraht, Wiederherstellung des Nasengerüstes. Ernährung mittels Magenschlauches. Heilung, sodass Patient als Soldat weiterdienen kann. CHIARI.

6) **E. Haga** (Tokio). **Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem chinesisch-japanischen Kriege 1894—95.** Berlin 1897.

Unter 1105 Verwundeten hat Verf. 74 Gesichts- und 12 Halsschusswunden notirt. Hervorzuheben sind unter den Gesichtsschusswunden:

1. Schuss durch die Oberlippe, den harten Gaumen, Zunge, Lunge; Lungenabscess und -Gangrän. — Invalide.

2. Schuss ins linke Nasenloch, Zerstörung der Alveolarfortsätze des Unter-

und Oberkiefers, Verletzung der Zungenspitze, Durchbohrung des Mundbodens, endet neben dem Schildknorpel. — Invalide.

3. Schuss in den rechten Bulbus, Zerstörung der unteren Orbitalwand und des rechten Nasenbeins. — Invalide.

4. Schuss in den Nasenrücken, Zerstörung des Oberkiefers; Ausschuss aus dem Munde. — Heilung.

5. Einschuss an der linken Seite des Nasenrückens, Zerstörung des linken Stirnfortsatzes, des linken Nasen- und Siebbeins. — Invalide.

6. Schuss in die linke Seite des Nasenrückens; Zerstörung des linken Nasenbeins und der vorderen Highmorshöhlenwand. — Heilung.

Unter den Halsschusswunden seien erwähnt:

1. Einschuss am vorderen Halse in der Mittellinie in der Gegend des Zungenbeins; der Schusscanal verläuft schräg nach oben und hinten. Larynx zerstört, ebenso Schädelbasis. — Tod.

2. Einschuss zwischen Schildknorpel und M. sternoid., durchbohrt diesen und den 1. und 2. Trachealring; Geschoss in der Fossa supraclav. fühlbar, grosse Dyspnoe, Tracheotomie unter Cocain. — Invalide.

3. Einschuss neben M. sternocl., Zerstörung des 2. Trachealringes, starke Athemnoth am folgenden Tage; Tracheotomie. — Invalide.

4. Einschuss am Rande des linken M. sternocl., l. Schildknorpelplatte zerstört; Athemnoth; Tracheotomie. — Heilung.

Der Verlauf der Gesichtsverletzung war ein ausserordentlich glatter und schneller; Eiterung wurde fast nie beobachtet, selbst wenn das Geschoss in der Highmorshöhle stecken geblieben war; auch der Wundverlauf bei den Kehlkopf- und Trachealverletzungen war trotz der ungünstigen Verhältnisse im Feldlazareth ein günstiger.

(Ref. hat in demselben Kriege bei ca. 500 Verwundeten 8 Gesichts- und 3 Halswunden beobachtet und bei einem Chinesen mit Verletzung der rechten Kieferhöhle, der rechten lateralen Nasenwand, der Nasenscheidewand, der linken lateralen Nasenwand und Kieferhöhle, durch einfachen aseptischen Verband, einen glatten Verlauf constatiren können, sowie bei einem Japaner mit Verletzung der Oberlippe, Wangenschleimhaut und rechten seitlichen der Rachenwand durch Arrosion der Carotis den Tod eintreten sehen.)

OKADA.

7) **Hofmokl** (Wien). **Chirurgische Mittheilungen.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 11. 1898.*

Unter den am Halse ausgeführten Operationen des vergangenen Jahres zählt H. u. A. folgende auf:

Abscessus retropharyngeus	1
Stenosis laryngis ex neoplasm. malign. lar. . . .	5
Stenosis laryngis e strumat. malign.	4
Stenosis laryngis e strumat. parench.	2
Stenosis laryngis e Tubercul. lar.	1

CHIARI

8) **Orlow. Die chronische Phlegmone des Halses. (Chronitscheskaja plegmona schei.)** *Chirurgia. Septbr. 1898.*

Von mehr chirurgischem Interesse. P. HELLAT.

9) **Kusnezow. Von brettartigen Phlegmonen des Halses. (O derewjannich flegmonach schei.)** *Letopis rus. chirurg. kn. 4. 1898.*

Beschreibung einer eigenthümlichen chronischen Schwellung am Halse, die von Reclus als Krankheit sui generis beschrieben worden ist.

K. beobachtete einen Fall genauer. P. HELLAT.

10) **Lisjanski. Fall von Lymphangiom des Halses. (Slutschai limfangiomi schei.)** *Letopis r. chirurg. kn. 2. 1898.*

Hat ausschliesslich chirurgisches Interesse. P. HELLAT.

11) **Sultan** (Göttingen). **Zur Kenntniss der Halscysten und Fisteln.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 48. Bd. 2. u. 3. Heft. 1898.*

Die Untersuchungen sind an 19 Fällen angestellt und ergeben manches Interessante. Die unter dem Namen Cystenhygrome bekannten Lymphangiome des Halses können unter Umständen durch Störung in der Kiemenbogenentwicklung veranlasst werden. Bei den mittleren auf den Tractus thyreoglossus zurückzuführenden Halsfisteln scheint es sich meistens um 2 oder mehrere Gänge zu handeln, welche sowohl von der äusseren Haut, wie vom Foramen coecum her gegen das Zungenbein verlaufen und dort blind endigen. Die aus Röhren des Tractus thyreoglossus hervorgegangenen Ranulaformen sind häufiger, als bisher angenommen wurde, Cystenbildungen, bedingt durch Verschluss des Ductus Whartonianus. SEIFERT.

12) **G. Lotheissen** (Innsbruck). **Ueber Geschwülste der Glandula submaxillaris.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. Heft 3. 1897.*

Bericht über zwei derartige Tumoren aus der v. Hacker'schen Klinik, von denen der eine ein Sarkom, der andere ein Chondromyxosarcoma endotheliale darstellte. A. ROSENBERG.

13) **O. Frey. Klinische Beiträge zur Aktinomykose.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. Heft 3. 1897.*

Genaue Besprechung der Aetiologie, der Infectionsmodi, der Diagnose, Prognose und Therapie und Mittheilung von 25 auf der Czerny'schen Klinik beobachteten resp. operirten Fällen. A. ROSENBERG

14) **Avellis** (Frankfurt a. M.). **Epikrise eines Falles von nicht ganz plötzlichem Thymustod, verursacht durch (vicariirende) Thymusvergrösserung bei rudimentärer kleiner Milzanlage.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 14. 1898.*

Ein 4jähriger, sehr kräftiger Knabe starb unter den Augen von A. mit den Erscheinungen schwerster inspiratorischer stridoröser Athemnoth. Bei der Section fand sich die Thymus insbesondere in ihrem Dickendurchmesser vergrössert, in deren Substanz eine kirschgrosse, glattwandige Höhle, mit grauem eiterähnlichem

zähflüssigem Inhalt und eine rudimentäre kleine Milz, etwa von der Grösse eines Daumennagels. Diese rudimentäre Beschaffenheit der Milz lässt an eine functionelle Hypertrophie der Thymus denken.

SEIFERT.

15) **S. Bang** (Kopenhagen). **Ueber die Behandlung des Lupus mit concentrirten Lichtstrahlen nach der Methode von Finsen.** *Klinisch-therapeut. Wochenschr. No. 33. 1898.*

Finsen construirte einen Apparat, welcher die gelben, rothen und ultrarothen Strahlen abhält und nur die violetten und ultravioletten Strahlen concentrirt. Hierbei kam vorerst das Sonnenlicht in Anwendung. Der Apparat ist einfach und leicht zu handhaben. Später wurden Bergkrystallapparate und Volta-sches Licht in der Lichtstärke von 20000 Normalkerzen verwendet. Bei Anwendung dieser Apparate ist darauf zu achten, dass die zu beleuchtende Stelle vorher möglichst blutleer gemacht werden soll (eigene Compressorien). Die Erfolge seien sehr günstige. Keine Narbenbildung, doch langsame Wirkung.

CHIARI.

16) **A. Scheier. Neue Mittheilung über die Verwendung der Röntgen-Strahlen in der Laryngologie. (Nouvelles communications sur l'application des rayons de Roentgen en Laryngologie.)** *Archives internat. de Laryngol. XI. 2. März 1898.*

1. Mittelst Durchleuchtung des Schädels mit X-Strahlen kann festgestellt werden, ob man mit einer Sonde in die Stirnhöhle einzudringen vermag.

2. Das Studium der Physiologie der Stimme und des Gesanges wird durch diese Untersuchungsmethode sehr gefördert. Die Stellung der Zunge und des Gaumens, die des Zwerchfells u. s. w. werden auf diesem Wege bequem studirt.

E. J. MOURE.

17) **H. Benedikt** (Wien). **Diagnostik innerer Krankheiten durch die Röntgenstrahlen.** *Wiener med. Presse. No. 24. 1898.*

U. A. sagt Verf. folgendes: Bei der seitlichen Durchleuchtung des Schädels fällt vor Allem eine helle dreieckige Stelle auf, welche der Stirnhöhle entspricht. Scheier in Berlin sah bei gleichzeitiger Durchleuchtung eine in die Stirnhöhle eingeführte Sonde in jener oben beschriebenen Stelle. Am Gesichtsschädel sind die Augenhöhlen, der Nasenrachenraum und die Kieferhöhlen zu erkennen.

CHIARI.

18) **Smester. Therapie der Hals- und Nasenkrankheiten. (Therapeutique des maladies de la gorge et du nez.)** *Bulletin gén. de therapeutique. 15. Januar 1898.*

Zur antiseptischen Reinigung des Mundes und Halses zieht S. den Spülungen und Einblasungen die Siphonnage vor. Er gebraucht einen gewöhnlichen Selterwasser-Siphon und setzt ihm verschiedene medicamentöse Substanzen zu, Natr. bicarbon. (5pCt.), Natr. benzoïc. (5pCt.), Resorcin (2pCt.), Sublimat (0,05 pCt.) oder and. Kinder toleriren die Siphonnage leicht. Um den Strahl leicht dirigiren zu können, befestigt man auf den Hahn ein Kautschukrohr.

Bei acuter Coryza hat Verf. sehr gute Resultate erzielt mit 30—35° warmen

Nasendouchen von Carbol- (2 p. M.), Sublimat- (1 p. M.) oder Eisenchlorid- (1 pCt.) Lösung.

A. CARTAZ.

19) **Smester. Eine neue Behandlungsmethode für Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. (A new method of treatment for pharyngeal and laryngeal affections.)** *N. Y. Medical Record. 11. Juni 1898.*

S. empfiehlt die medicamentösen Siphons, die wie ein gewöhnliches Selterwassersiphon construirt sind. Die Wirkung, die Verf. seit 15 Jahren erprobt hat, ist eine mechanische und eine anästhesirende; die Schleimhaut wird gereinigt und durch die Kohlensäure anästhesirt.

LEFFERTS.

20) **J. Kunz** (Wien). **Ueber eine neue Form der Inhalation.** *Wiener medicin. Wochenschr. No. 1. 1898.*

Ausgehend von den schon seit langem gegen bronchiales Asthma in Gebrauch stehenden Stramoniumcigaretten und Cigarren ging K. daran, Tabak in geeigneter Weise mit Menthol zu imprägniren, andererseits im Mundstück einen mit Menthol imprägnirten Gazestoff anzubringen, der als Nicotinfilter wirkt und dieses zurückhält. — Als Indicationen der Mentholinhalation in der beschriebenen Form nennt Verf. u. A. folgende Erkrankungen:

Acuter und chronischer Schnupfen (Rhin. hypertr.)
Chronischer Rachencatarrh.
Chronischer Kehlkopf- und Bronchialcatarrh.
Bronchoblennorrhoe, Bronchiectasie.
Caries der Zähne, Stomatitis.
Leichte tuberculöse Spitzenaffectionen.
Fast alle Affectionen im Bereiche des Nervensystems.

CHIARI.

21) **Vacher. Ein sehr einfaches und sehr praktisches Mittel, die Kehlkopfspiegel vor dem Beschlagen zu schützen. (Sur un moyen très simple et très pratique d'empêcher les miroirs laryngiens de se couvrir de buée.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 9. September 1897.*

Verf. taucht die von dem ihrer Oberfläche anhaftenden Fett befreiten und abgetrockneten Spiegel in eine 1proc. Lösung von Natriumcarbonat, in der sie beständig verwahrt werden. Auch eine 1promill. Lösung von Quecksilbercyanur ist zu empfehlen.

E. J. MOURE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

22) **J. Neuberger** (Berlin). **Ueber das Verhalten der Riechschleimhaut nach Durchschneidung des N. olfactorius.** *Centralbl. f. Physiol. No. 16. 1898.*

Die Durchschneidung des N. olfactorius zieht bei der Ente eine schon makroskopisch in die Augen fallende Atrophie caudal von der Operationsstelle gelegener Hirntheile nach sich; aber die Riechschleimhaut erleidet dabei sowohl bei

der Ente wie bei dem Frosch keine Veränderung. Es sind die Riechzellen also wohl nichts anderes, als in der Peripherie gelegene Ganglienzellen, die Centren der Riechbahn erster Ordnung.

A. ROSENBERG.

23) **Lacoarret. Ein Fall von Kakosmie. (Un cas de cacosmie.)** *Annales de la Policlinique de Toulouse. No. 1. Januar 1898.*

Es handelt sich um einen Kranken, dessen Nase in gewissen Intervallen einen schlechten Geruch verbreitete. Verf. führte denselben auf die Secretion der Drüsen der Riechschleimhaut zurück. Eine regelmässige Massage beseitigte die Störung.

E. J. MOURE.

24) **Moll. Demonstration eines Geruchsmessers mit einer chemisch reinen Riechlösung nach Zwaardemaker. (Présentation d'un olfactometre muni d'une solution odoriferante chimiquement pure du Dr. Zwardemaker.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 35. 28. August 1897.*

Beschreibung des Apparates und der zur Geruchsmessung benutzten Substanzen.

E. J. MOURE.

25) **Redact. Mittheilung. Zur Abortivbehandlung des acuten Schnupfens. (For the arrest of acute coryza.)** *N. Y. Med. News. 12. Februar 1898.*

Rp. Salol 0,9
Ac. salicylic. 0,18
Ac. tannici 0,06
Ac. borici 3,75.
S. Beim Ausbruch des Schnupfens ½ Tag lang als Schnupfpulver 1stündl. zu benutzen.

LEFFERTS.

26) **Loeffler. Gegen acuten Schnupfen. (Acute coryza.)**

Rp. Menthol. crystallis. 10,0
Toluol 5,0
Alcohol absol. gtt. 11
Liqu. ferri sesquichlorat. gtt. 6.
M. D. S. Zur localen Application.

LEFFERTS.

27) **Courtade. Abortivbehandlung bei acuter Rhinitis. (Abortive treatment of acute rhinitis.)** *N. Y. Med. News. 4. Juni 1898.*

Verf. empfiehlt heisse (50° C.) Nasendouchen mit milden antiseptischen Lösungen. Rabow rühmt sich gleich guter Erfolge durch die Anwendung von gewöhnlichem Salz fein gepulvert als Schnupfpulver.

LEFFERTS.

28) **Naegeli-Akerblom. Cocain zur Behandlung der Coryza bei kleinen Kindern. (Cocaine in the treatment of the coryza of infants.)** *N. Y. Med. Journal. 26. Februar 1898.*

Verf. nimmt eine Lösung von Cocaïn 2,0 auf Glycerin und Wasser aa 50,0 und instillirt 1 Tropfen in jedes Nasenloch 3 oder 4mal täglich.

LEFFERTS.

29) **Garel. Die Behandlung der Coryza. (The treatment of coryza.)** *N. Y. Med. Journal. 14. Mai 1898.*

H. empfiehlt folgendes Schnupfpulver:

Menthol 1 Theil
Ammon. chlorat. (oder Salol) 4 Theile
Ac. boric. 16 Theile.

Kann der Pat. wegen der Verstopfung der Nase das Pulver nicht ordentlich aufschnupfen, so blase man es ein.

Unna empfiehlt zu sparsamem Gebrauch folgenden Spray

Ichthyol 1 Theil
Aether, Alcohol aa 100 Theile.

LEFFERTS.

30) **Redact. Notiz. Uranium bei Coryza. (Uranium for coryza.)** *N. Y. Med. Journal. 26. Februar u. 30. April 1898.*

Rp. Uranium aceticum 1—2 Theile
Aqu. destill. 20 Theile.
M. D. S. Täglich 2 oder 3 Tropfen aufzuschnupfen.

LEFFERTS.

31) **Redact. Notiz. Gegen Rhinitis. (For rhinitis.)** *N. Y. Medical News. 14. Mai 1898.*

Rp. Phenacetin.
Pulv. Amyli ana 3,75
Pulv. Acaciae 7,5.
M. D. S. Mehrmals täglich in die Nase einzublasen.

LEFFERTS.

32) **J. A. Wade. Nasencatarrh und seine Behandlung. (Nasal catarrh and its treatment.)** *New England Med. Journal. Februar 1898.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

33) **Boucheron. Streptococcen-Rhinitis als mögliche Ursache von Asthma. (Streptococcus rhinitis as a possible cause of asthma.)** *N. Y. Med. Journal. 28. Mai 1898.*

B. erinnert an die Ansicht von Landouzy, nach der nicht selten bei echtem Asthma die Tuberculose mitspielt. Ist dies richtig, so nimmt B. an, dass auch andere Toxine den asthmatischen Symptomencomplex befördern können und besonders das Streptokokkengift. Daher die Heilung gewisser Fälle von Asthma durch Antistreptokokkenserum. B. selbst berichtet über einen solchen Fall, indem er auf Grund des Erfolges der Serumtherapie die Streptokokkenrhinitis für die Ursache des asthmatischen Leidens hält.

LEFFERTS.

34) **F. J. Dixon. Ein Fall von fibrinöser Rhinitis. (Case of fibrinous rhinitis.)** *Brit. Med. Journ. 22. Januar 1898.*

10jähriger Knabe; zuerst 3 Tage lang blutiger Ausfluss aus der linken Nasenseite. Heilung in 6 Wochen unter Anwendung alkalischer Auswaschungen.

ADOLPH BRONNER.

35) **George L. Chapman. Rhinitis fibrinosa. Bericht über die bakteriologische und histologische Untersuchung einiger Fälle. (Rhinitis fibrinosa, including a bacteriologic and histologic examination of cases.)** *N. Y. Medical News. 30. April 1898.*

Verf. giebt eine Zusammenstellung der bakteriologischen Befunde, die bisher bei Rhinitis fibrinosa erhoben wurden. Die Autoren fanden zum Theil den Loeffler'schen Bacillus, in einer nicht geringen Anzahl von Fällen aber nur Staphylokokken, Pneumokokken u. a. Bei den 3 Fällen, die Verf. untersuchte, fand er niemals den Diphtheriebacillus. Grösseren Werth als auf die bakteriologische Untersuchung legt Verf. auf die histologische. Das Exsudat bestand aus zahlreichen, meist polynucleären Leukocyten, wenigen Epithelzellen, einigen Kokken, ferner aus undefinirbaren Trümmern, das Ganze eingebettet in einem dichten fibrillären Netzwerk. Das letztere färbte sich nach Weigert blau und nach Altmann roth und erwies sich zweifellos als Fibrin.

LEFFERTS.

36) **Lacoarret. Ein Fall von Coryza caseosa. (Un cas de coryza caseeux.)** *Annales de la Polyclinique de Toulouse. No. 2. Februar 1898.*

Ein älterer Patient mit doppelseitiger seit mehreren Jahren bestehender Coryza caseosa. Als Ursache derselben bezeichnet Verf. ein beiderseitiges Empyem der Kieferhöhle mit spärlicher Secretion.

E. J. MOURE.

37) **Hecht. Zur Ozaenafrage.** *Münch. med. Wochenschr. No. 7. 1898.*

Da der bacterielle Befund bei Ozaena trotz bedeutender Besserung, des Mangels an Krusten und Foetors derselbe ist, wie vor der Behandlung, so müsste wenn einer der als specifisch angesprochenen Bacillen der Erreger der Krankheit wäre, der bakteriologische Befund mit Heilung der Krankheit doch sicher ein anderer sein. Da er dies aber nicht ist, so folgert Verf., dass die Ozaena keine Erkrankung bakterieller sondern trophoneurotischer Natur ist, wofür er mehrere mit cuprischer Elektrolyse behandelte Fälle anführt.

SCHECH.

38) **Bresgen** (Frankfurt a. M.). **Naseneiterung und Stinknase, ihr Wesen und ihre Bedeutung für den praktischen Arzt.** *Die ärztl. Praxis. 6. 1898.*

Bresgen hält die Ozaena nur für ein Schlussbild einer ungünstig verlaufenen Naseneiterung und macht auf das überwiegende Vorkommen der Stinknase beim weiblichen Geschlecht aufmerksam. Für den praktischen Arzt sieht er die dankbarste Aufgabe in der Verhütung der Stinknase.

SEIFERT.

39) **Lombard. Die Serotherapie bei der Ozaena. (Serothérapie de l'ozène.)** *Annal. des malad. de l'oreille etc. No. 11. November 1897.*

Verf. behandelte auf der Gouguenheim'schen Klinik 15 Ozaenakranke mit Serum. Die Erfolge waren nur vorübergehende trotz der grossen Zahl der Injectionen (bis 20 und 25).

E. J. MOURE.

40) **Sila-Nowitzki. Einige Beobachtungen über die Wirkung des Antidiphtherieserums bei Ozaena. (Neskolks nabljadenii nad deistwiem protiwodifterinoi siworotki pri slowonnom nasmorke.)** *Dietskaja Medizina. No. 3. 1898.*

Verf. hat 7 Kinder und 2 Erwachsene behandelt. Injicirt wurde No. 2 ge-

wöhnlich einmal, einmal 3mal. Der Geruch verminderte sich oder verschwand vollständig bei allen. Die Secretion wurde lebhafter.

P. HELLAT.

41) **Mouret. Behandlung der Ozaena mit alkalischen Mitteln. (Traitement de l'ozène par la médication alcaline.)** *Bull. et mem. d. l. Soc. franç. de laryng. XIII. 1897.*

Jede Seruminjection hat einen excitirend-motorischen Einfluss auf die Nasenschleimhaut. Die Secretion der Drüsen hindert die Bildung von Krusten und befördert die Ausstossung der schon gebildeten. Man erreicht dadurch zwar keine Heilung, aber doch eine merkbare Besserung der Ozaena-Symptome.

E. J. MOURE.

42) **Ferreri. Kreosot zur Behandlung der Ozaena. (Creosote in the treatment of ozaena.)** *N. Y. Med. Journal. 19. März 1898.*

Verf. benutzt Kreosot zur Behandlung der Ozaena seit 25 Jahren. Pur applicirt erregt dasselbe hochgradige Entzündung; deshalb soll es in dieser Form nur in ganz besonders hartnäckigen Fällen angewandt werden. In mittelschweren Fällen nimmt Verf. Kreosot und Glycerin zu gleichen Theilen. Oft genügt die Wirkung folgender viel schwächeren Lösung

Kreosot . . . . 5 Theile
Alkohol (75 pCt.) 10 „
Glycerin . . . . 40 „

LEFFERTS.

43) **Rethi. Die electrolytische Behandlung der Ozaena. (Le traitement électrolytique de l'ozène.)** *Rev. internat. de rhinol. etc. No. 3. März 1898.*

Verf. ist Anhänger dieser Behandlungsmethode, von der er nichts verlangt und erwartet, als dass sie den üblen Geruch zum Verschwinden bringt. Auch dies leistet sie übrigens nicht in allen Fällen.

E. J. MOURE.

44) **Bruck** (Berlin). **Zur Therapie der atrophischen Rhinitis.** *Centralbl. f. inn. Medicin. 23. 1898.*

Gegenüber dem Sänger'schen Verfahren (Nasenobturator) empfiehlt Bruck die von ihm zur Therapie der genuinen Ozaena sowie der nicht fötiden atrophischen Rhinitis empfohlene permanente Tamponade (hydrophiler Mullstreifen).

SEIFERT.

45) **Geo L. Richards. Formaldehyd bei atrophischer Rhinitis. (Formaldehyde in atrophic rhinitis.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Juni 1898.*

Verf. rühmt den Nutzen des Formaldehyds bei atrophischer Rhinitis sehr. Er entfernt mittelst Spritze oder Wattebausch, die eine alkalische Lösung enthalten, alle Krusten und Unreinlichkeiten aus der Nase und wäscht dieselbe dann gründlich mit einer Formaldehydlösung aus, die 5—10 Tropfen der 40proc. Lösung auf $^1/_4$ l warmes Wasser enthält. Da auch diese schwache Lösung noch stark reizt, ist ein vorheriger Cocainspray rathsam.

LEFFERTS.

46) **L. Réthi** (Wien). **Zur Behandlung der polypösen Rhinitis.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 18. 1898.*

R. bespricht zunächst die Wirkungen von Einblasungen und Pinselungen,

von Aetzungen mit Trichloressigsäure, Chromsäure und Arg. nitric., geht dann auf die Galvanokaustik über — Flachbrenner und Schlinge — bespricht die Doppelscheere von Fein, Schlinge nach Jarvis, kalte Schlinge, Hartmann'sche Scheere, das Turbinotom nach Jones.

R. bedient sich zur Abtragung polypöser Hypertrophien der Hartmann-schen Scheere, giebt jedoch zu, dass sich gracilere Instrumente hiefür besser eignen.

Er entfernt, wenn die Muschelenden Stenosenerscheinungen bedingen, nebst den Enden auch die in der Mitte der Muschel befindlichen Schleimhaut, da dieselbe bekanntlich einige Zeit nach Entfernung der Enden zu wuchern beginnt, und die Nase wieder stenosirt.

Im Allgemeinen konnte R. keine nachtheiligen Folgen wie starke Blutung etc. nach dieser Operation constatiren.

CHIARI.

47) **Lang** (Wien). **Nasensyphilis.** K. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, Sitzung v. 29. April 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 18. 1898.*

Durchlöcherung des rechten Nasenflügels bei einem 63jährigen Manne, dessen Infection vor 37 Jahren stattgefunden hat. Lang betont u. A., dass er selbst nach 50 Jahren post infectionem unverkennbare luetische Krankheitsprocesse zu beobachten Gelegenheit hatte.

CHIARI.

48) **Heron. Lupus der Nase geheilt durch das neue Tuberculin. (Lupus of the nose cured by the new tuberculin.)** *Clinical Society of London. 25. Februar 1898. Brit. Med. Journal. 5. März 1898.*

27jähriger Mann mit Lupus vulgaris der linken Nasenseite, die aussen und innen ergriffen war; auch an der Lippe und dem Ohr bestanden Knötchen. In der Anamnese spielte eine etwas dunkle Angabe über acquirirte Lues eine Rolle. H. behandelte mit Tuberculin R; der Patient erhielt im Ganzen in 3 Monaten 126,5 Milligramm in 62 Injectionen. Die Temperatursteigerung nach den Injectionen betrug nur 38—39°. Die erkrankten Partien sind jetzt völlig vernarbt.

Discussion. B. Squire vermuthet, dass es sich in dem vorliegenden Falle doch um tertiär-syphilitische Erscheinungen handelte, obschon im Allgemeinen Tuberculin bei Syphilis keine Reaction hervorrufen soll.

Cotterell hat Tuberculin bei einem ganz zweifellosen Fall von Lupus gegeben und trotzdem die Temperatur nach der Injection auf 38,5 stieg, innerhalb 2 Monaten kein Resultat erzielt.

St. Clair Thomson hält die intranasale Erkrankung deshalb für syphilitisch, weil sie zur Nekrose führte.

J. Hutchinson jr. macht noch darauf aufmerksam, dass bei dem Patienten eine Geschwulst an der Tibia bestand, die durch Jodkali geheilt wurde. Das war etwa um die Zeit, in der auch die Flecken im Gesicht verschwanden.

Heron erwiedert, dass der Knoten an der Tibia die Folge eines Schlages war und dass das Jodkali nur gegeben wurde, weil dies Gewohnheitssache ist. Er fragt, ob denn die Narben, die der Patient zeigt, nach Syphilis aussehen.

ERNEST WAGGET.

49) **W. Scheppegrell** und **Sticker. Lepra und die Nase. (Leprosy and the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 23. April 1898.*

Im ganzen Verlauf der Leprakrankheit ist die Nase derjenige Körpertheil, der die grösste Anzahl von Leprakeimen nach aussen befördert. Sticker stellt fest, dass fast in allen Fällen die Infection in der Nase Platz greift. Die Nase stellt für die Lepra dasselbe dar, was die Lungenspitzen für die Tuberculose sind. Jeanselme und Laurens fanden bei 15 von 25 untersuchten Leprösen (die nervöse Form der Lepra war ausgeschlossen) Veränderungen im Hals und Nase. Die ersten Erscheinungen der Lepra bestehen oft in einer gewöhnlichen chronischen Coryza mit nasaler Verstopfung, Krustenbildung und Nasenbluten. Letzteres ist eine besonders wichtige Manifestation der Erkrankung. Die Schneider'sche Membran erscheint bei der Inspection geschwollen und erodirt; die untere Partie des Septums ist besonders geschwollen und hier verursacht die leiseste Berührung Bluten. Im weiteren Verlaufe der Krankheit kommt es zu Deformirungen der Nase; dieselbe wird verkürzt, nimmt die Form der Sattelnase an. Die Perforation des Septums, die gewöhnlich eintritt, sitzt im unteren Theile der Nasenscheidewand. Der Rand derselben ist im Anfang verdickt und hart, blutet leicht. Ist die Perforation älter, so erscheint der Rand dünn und auf der Schleimhaut findet man oft Knötchen. Der Geruch ist nicht merkbar beeinträchtigt, aber Anaesthesie ist vorhanden. Die letztere ist oft über die Schleimhaut des ganzen Septums verbreitet. Die Hansen'schen Bacillen finden sich im schleimig-eitrigen Secret der leprösen Rhinitis und bei Nasenbluten auch im Blut.

Der Nasenschleim der Leprösen ist nach Scheppegrell's Angaben äusserst virulent; er ist wahrscheinlich in den meisten Fällen der Krankheitsübertrager. Die Läsionen am Gaumensegel, im Hals und im Kehlkopf sind den secundären und tertiären Erscheinungen der Syphilis sehr ähnlich; aber der Nachweis der Anaesthesie sichert die Diagnose auf Lepra.

LEFFERTS.

50) **F. Dozy** (Amsterdam). **Menstruatio vicaria unter der Form einer starken Nachblutung nach Zahnextraction. (Menstruatio vicaria in den vorm van starke nabloeding na tandextractie.)** *Med. Weekbl. V. No. 20.*

Bei einer immer regelmässig menstruirenden Patientin, welche nach früheren Zahnextractionen niemals erheblich geblutet hatte, wurde am Tag, wo sie die Menstruation erwartete, ein cariöser Molar ohne Nebenverletzung extrahirt. Es stellte sich eine sehr heftige Blutung ein, welche sich am nächsten Tage wiederholte; und die Menstruation blieb aus.

H. BURGER.

51) **T. Stachiewicz** (Lemberg). **Ueber Nasenblutungen.** *Przeglad lekarski. No. 20. 1897. Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 1. 1898.*

St. theilt die bei älteren Leuten vorkommenden profusen Nasenblutungen in active — in Folge Endarteriitis, Aneurysma der Nasenarterien und fettiger Degeneration — und in passive — bei Varices der Nasenscheidewand. Er hält für die häufigste Ursache das Bohren in der Nase mit dem Finger und räth zur energischen Cauterisation mit Chromsäure, Trichloressigsäure oder dem Galvanokauter. Nach der Cauterisation legt St. 10proc. Cocainbäuschchen ein, um eventuellen Niesreiz vorzubeugen.

CHIARI.

52) **Bouzier. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 5. Februar 1898.*

Ac. benzoic.
Ac. tannicum
Ac. carbol. ana 1,0
Collodium ana 20,0.
S. Auf die blutende Stelle zu appliciren.

LEFFERTS.

53) **Fruitnight. Nasenbluten (Epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 30. April 1898.*

Verf. empfiehlt die locale Application von Citronensaft.

LEFFERTS.

54) **Sireday. Die Anwendung von gelatinirtem Serum zur Blutstillung. (Sur l'emploi du sérum gélatiné dans le traitement des hémorrhagies.)** *Société médicale des Hôpitaux. 11. Februar 1898.*

Das von Paul Carnot (Presse méd. 18. September 97) angegebene Verfahren ist auch für die Behandlung des Nasenblutens zu verwerthen. S. hat dasselbe in 11 Fällen mit gleichmässigem Erfolge angewendet. Er berichtet über einige besondens eclatante Fälle eingehender und rühmt die Gelatinelösungen, die eine coagulirende Wirkung auf das Blut ausüben, als ein Hämostaticum ersten Ranges, das in der Praxis die allergrössten Dienste zu leisten bestimmt ist.

Die Technik der Gelatineanwendung ist höchst einfach. Das gelatinirte Serum ist das bekannte künstliche Serum, bestehend aus 7 g Chlornatrium auf 1 l Wasser, in dem 8—10 pCt. Gelatine aufgelöst werden. Die Sterilisation geschieht $^1/_4$ Std. bei 100°. Dann kann man zur Conservirung 1 prom. Sublimat oder 1 proc. Carbol zusetzen. Bei der Abkühlung wird das Präparat fest. Man kann es in Flaschen, luftdicht verschlossen, längere Zeit conserviren. Die gleichmässige Klarheit garantirt die Keimfreiheit.

Zum Gebrauch löst man die Masse einfach durch Einsetzen der ganzen Flasche in warmes Wasser auf. Man injicirt die Flüssigkeit oder applicirt sie mittelst Verband oder Wattebausch.

Bei Nasenbluten reinigt man erst die Nasenhöhlen durch Injectionen von warmem Wasser, dann injicirt man die flüssige Gelatine und tamponirt noch die vordere Nase mit in der Gelatine getränkter Watte oder Gaze. Das Verfahren empfiehlt sich durch seine Einfachheit, wie durch seine „unbestreitbare Wirksamkeit“ nicht nur beim Nasenbluten, sondern bei der Mehrzahl aller Blutungen.

PAUL RAUGÉ.

55) **Browicz. Vibrationsmassage der Nasenrachenschleimhaut. (O miasienin wewnatrznem btony sluzowej jamy nosowej i nosowo-gardtowej.)** Aus den Sitzungsberichten der Krakauer medicinischen Gesellschaft. — *Przeglad lekarski. No. 20. 1898.*

Verf. beschreibt die Methode und rühmt sie als besonders erfolgreich nicht nur bei hypertrophischen, sondern auch bei atrophischen pathologischen Processen des Nasenrachenraumes.

A. v. SOKOLOWSKI.

56) **F. Drabczyk. Die Elektrolyse und ihre Anwendung bei den Krankheiten der Nase. (Elektroliza i jej zastosowanie w cierjieniach nosa.)** *Kronika lekarska. No. 8. 1898.*

Verf., welcher diese Methode in der Poliklinik von Prof. Jurasz in Heidelberg anwendete, hat bei Nasenscheidewandkrümmungen, Exostosen, Hypertrophie der Nasenmuschel etc. günstige Resultate erzielt. A. v. SOKOLOWSKI.

57) **E. Fink** (Hamburg). **Wann ist die Anwendung der Galvanokaustik in der Nase indicirt?** *Wiener med. Presse. No. 33, 34. 1898.*

F. meint, dass nur zu häufig und von Unberufenen galvanokaustische Eingriffe in der Nase vorgenommen werden und dass Entzündungserscheinungen mittleren Grades nach solchen Eingriffen nie ausbleiben, häufig auch sich Allgemeinstörungen, wie Fieber, Kopfschmerzen etc. einstellen. Besonders nach Cauterisationen der hinteren Muschelenden erreichen nach F. die reactiven Erscheinungen einen bedeutenden Grad; die entzündliche Schwellung verläuft angeblich unter dem Bilde einer Phlegmone, die sich manchmal sogar auf den oralen Theil des Rachens erstreckt. Acute Tonsillitis sei eine häufige Folge von caustischen Eingriffen in der Nase, nicht selten (?) treten auch acute Mittelohrentzündungen auf. Verf. bespricht nun das bekannte Capitel der Physiologie der Nasenschleimhaut und kommt nach Besprechung der verschiedenen Indicationen zu dem Schlusse, dass die Galvanokaustik auf das geringste Maass zu beschränken sei und als souveränes Mittel eigentlich nur zur Beseitigung der vielen Reflexneurosen, die von der Nase ausgelöst werden, anzusehen sein. CHIARI.

58) **Lichtwitz. Exostose der Rachenwölbung durch Zufall mit adenoiden Vegetationen mitentfernt. (Exostose de la voûte pharyngée enlevée par hasard avec les végétations adénoides.)** *Arch. internat. de laryngol. No. 1. Januar-Februar 1897.*

Als Verf. Adenoide mit dem Schultze'schen Adenotom entfernte, traf er auf einen Widerstand, den er nur mit Mühe überwinden konnte. Eine Blutung trat nicht ein. Bei der Inspection der exstirpirten Gewebe fand sich ein Knochentheil, den Verf. als eine Exostose der Rachenwölbung beschreibt. (Ob derselbe nicht ein Vorsprung eines Wirbelkörpers war, wie solche gar nicht so selten vorkommen. ? Ref.) E. J. MOURE.

59) **Berger** (Paris). **Sarcom der Stirnhöhle. (Sarcome du sinus frontal.)** *Acad. de Medecine. 2. März 1897.*

Der Sinus wurde von seiner vorderen Wand aus eröffnet, dann curettirt; die Wunde ohne Drainage geschlossen.

Einige Tage nachher andauernde Eiterung; zweite Operation: der Kranke ist delirirend, bald gelähmt und comatös. Die Stirnhöhle wird diesmal vollständig offen gelegt, die Dura gespalten. Es findet sich ein eitriges Exsudat an den Meningen. Dieselben werden abgespült und die Hirnsubstanz mit dem Messer mehrfach punctirt. Der Kranke, der noch eine septische Pneumonie durchmacht, kommt zur Heilung. PAUL RAUGÉ.

60) **Escat. Erleuchtung der Kieferhöhle durch Contact oder retromaxilläre Erleuchtung. (Eclairage par contact du sinus maxillaire ou éclairage retro-maxillaire.)** *Rev. hebdom. de laryngol. etc. No. 28. 10. Juli 1897.*

Verf. hat eine besondere electrische Lampe construiren lassen, die er direct auf die Schleimhaut an der hinteren Partie des Oberkiefers applicirt. Dies Instrument leistete bei der Diagnostik der Kieferhöhlenentzündungen sehr gute Dienste.

R. J. MOURE.

61) **G. Liambey. Die Behandlung der Kieferhöhlenentzündungen. (Du traitement des sinusites maxillaires.)** *Thèse de Paris. 1897.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die verschiedenen Behandlungsmethoden bei Sinuserkrankung und bespricht ausführlich das Luc'sche Verfahren. Verf. hätte gut daran gethan, die Beschreibungen der verschiedenen Methoden in den Originalarbeiten nachzulesen; dann hätte er mir nicht die Idee der Eröffnung durch die Wange zugeschrieben, während es sich um die Eröffnung von der Fossa canina aus handelt (Arch. de Laryng. 1892).

A. CARTAZ.

c. Mundrachenhöhle.

62) **Franz Hofmann** und **Rudolf Bunzel. Untersuchungen über den elektrischen Geschmack.** *Pflüger's Archiv. LXVI. 1897.*

Während der Schliessungsdauer eines sog. einsteigenden Stromes (Anode auf der Zungenspitze) tritt ein metallisch saurer Geschmack auf, der bei der Oeffnung wieder schwindet (AnS-Geschmack); befindet sich die Kathode auf der Zunge, so tritt bei Schliessung ein leise angedeuteter bitterer Geschmack auf (KaS-Geschmack), bei Oeffnung ein rasch vorübergehender säuerlicher.

Auf dem Zungengrunde ist die elektrische Geschmacksempfindung viel reiner und freier von Nebenempfindungen.

Auf den hinteren Zungenpartieen unterscheidet man im KaOe-Geschmack deutlich eine süssliche Componente.

Die Zungenränder verhalten sich im Allgemeinen wie die Zungenspitze.

Bei Cocainvergiftung der Zunge giebt es ein Stadium, in dem wohl ein KoOe-Geschmack, aber kein KaS-Geschmack vorhanden ist.

Unter Anwendung von Gymnemasäure liess sich nachweisen, dass im KaOe-Geschmack (bei elektrischer Reizung des Zungengrundes) eine süsse Componente vorhanden ist.

Bei der elektrischen Reizung des Geschmacksorgans wirken wahrscheinlich die directe Nervenreizung durch den Strom und die indirecte durch elektrolytische Producte zusammen.

A. ROSENBERG.

63) **Wulfsohn. Die Arbeit der Speicheldrüsen. (Robota slpinnich jeles.)** *Bol. Gaz. 1898.*

Die absolute Menge des Speichels ist bei Hunden abhängig von dem Trockenheitsgrade der Nahrung:

Fleischnahrung fördert in der Minute 2 ccm Speichel,
Brodnahrung „ „ „ „ 4,3 „ „
Fleischpulver „ „ „ „ 7,9 „ „

Der Mucingehalt dagegen ist von dem Nährwerth der dargereichten Substanzen abhängig: Sand, Säuren etc. befördern ganz wässrigen Speichel zu Tage. Die Parotis aber secernirt in jedem Falle gleich flüssigen Speichel. P. HELLAT.

64) **A. Fournier. Schanker der Lippe. (Chancre de la lèvre.)** *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. 10. Februar 1898.*

Vorstellung einer Kranken mit einem Schanker der Lippen, der einem Gummiknoten ähnlich ist. Verf. betont die häufig vorhandene Aehnlichkeit zwischen dem Primäraffect und gewissen tertiären Erscheinungen. PAUL RAUGÉ.

65) **Albertin** (Lyon). **Gummöse Syphilis der Lippen. (Syphilis gommeuse des lèvres.)** *Société des scienc. méd. de Lyon. 16. Februar 1898.*

Vorstellung eines Patienten mit Gummiknoten an den Lippen und der rechten Backe. Diese Affection besteht seit 5 Jahren, die Syphilis seit 10 Jahren. An der Oberlippe sieht man einen glatten rothen Tumor von Nussgrösse mit 2 fistulösen Oeffnungen, aus denen eine serös-eitrige Flüssigkeit tritt. Eine Reihe von Knötchen nimmt die Commissur und die benachbarte Partie der Backe ein. An der Schleimhautfläche der Commissur sind einige Rhagaden zu sehen, aber keine Ulceration.

Verf. diagnosticirt auf tertiär-syphilitische Erkrankung in sclerös-gummöser Form oder, wie Tuffier es ausdrückt, „labialite tertiaire“. Differentialdiagnostisch kommen in Frage seborrhoische Cyste, Tuberculose und Epitheliom.

Diese Veränderungen gehen nur langsam zurück und erfordern eine gemischte Behandlung, Jod und die Operation (Erweiterung der Fisteln, Curettement, Desinfection). PAUL RAUGÉ.

66) **Haury. Geschwulst der Lippe. (Tumeur de la lèvre.)** *Société franç. de dermatol. et de Syphiligr. 18. April 1898.*

27jähriger Kranker hat am mittleren Theile der Unterlippe eine Plaque von der Grösse eines 20 Centimesstücks mit ulcerösem und papillomatösem Grunde. Auf derselben befindet sich eine Pseudomembran, die wenig adhärent ist. Induration ist nicht vorhanden; ebenso wenig Schwellung der Drüsen oder Allgemeinsymptome. Um Syphilis scheint es sich danach nicht zu handeln; die Natur der Erkrankung bleibt dunkel. PAUL RAUGÉ.

67) **Albertin** (Lyon). **Recidivirendes Carcinom der Unterlippe mit Verbreitung auf den Kiefer. Radicale Fortnahme der Gesammtgeschwulst (Weichtheile und 2/3 von dem horizontalen Kieferast). Sofortige und spätere Prothesen. Autoplastische Operationen. Restauration der Gegend. Wiederherstellung der Function. Heilung ohne Recidiv, 4 Jahre nach dem Eingriff controlirt. (Cancer récidivé de la lèvre inférieure avec propagation au maxillaire. Résection en bloc de la tumeur [parties molles et les 2/3 de la portion horizontale du maxillaire]. Prothèses immédiates et successives. Autoplasties. Restauration**

de la région. Rétablissement de la fonction. Guérison sans récidive contrôlée 4 ans après l'intervention.) *Société de Chirurgie de Lyon. 6. Januar 1898. Province Médicale. 12. Februar 1898.*

Der Fall, dessen Geschichte der ein wenig längliche Titel resumirt, ist in 2 Richtungen bemerkenswerth.

a) Wegen des Fehlens von Recidiven. Der Operateur erklärt die Dauer der Heilung

1. durch die relative Benignität der Geschwulst, die zwar in die Tiefe auf den Knochen griff, aber die Tendenz zum schnellen Fortschreiten auf der Schleimhaut, welche eines der charakteristischsten Indicien für die Malignität der Epitheliome ist, nicht besass;

2. durch die Ausdehnung des Eingriffs, der sich gleichzeitig auf die weichen Massen und den Knochen richtete und bei dem ausserdem alle Drüsen der Cervico-Maxillargegend entfernt wurden.

Der Fall bildet danach eine werthvolle Ermunterung für die Chirurgen, einzugreifen selbst wenn der Knochen angegriffen ist; dann aber möglichst ausgiebig und früh zu operiren.

b) Wegen des vollkommenen Resultates in ästhetischer und functioneller Hinsicht. Das Resultat ist in diesem Falle durch eine Combination von Autoplastik und Prothese erreicht:

1. die verschiedenen autoplastischen Operationen haben nach und nach das Kinn wieder bedeckt und die Unterlippe wiederhergestellt, so dass jetzt eine vollkommen bewegliche und contractile Mundöffnung vorliegt, bei der die Sprache (bis auf die Labiallaute) nicht gestört wird;

2. die Prothese ist mit dem Fortschritt der Heilung nach und nach geändert worden, bis sie jetzt dem Unterkiefer mit seiner normalen Physiognomie vollständig gleicht.

PAUL RAUGÉ.

68) **F. v. Friedländer** (Wien). **Beitrag zur Kenntniss der myogenen Kieferklemme.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 19. 1898.*

Ein 19jähriges Mädchen wurde wegen eines Osteoms unterhalb des linken Jochbogens operirt. Heilung. Nach 2 Jahren entwickelte sich angeblich am rechten Fusse eine knochenharte, schmerzlose Geschwulst, die in der Heimath der Pat. operirt wurde. Kurz darauf rasch zunehmende Kieferklemme. Diffuse Schwellung beider Schläfegegenden, welcher Tumor der in ein ungemein derbes Schwielengewebe verwandelte Muscul. temporal. ist. Beiderseitige Exstirpation. Sofort nach dem Erwachen aus der Narkose konnte Pat. activ maximal den Mund öffnen. Heilung.

Es handelte sich in diesem Falle um eine durch schwielige Degeneration und partielle Verknöcherung beider Temporales bedingte Kieferklemme und kann dieser Fall nur zur Gruppe multipler Exostosen im Sinne Virchow's gerechnet werden.

CHIARI.

69) **Schultze** (Drebkau). **Osteoma internum sarcomatosum des Oberkiefers.** Dissert. Würzburg 1898.

Tumor einem 14jährigen Mädchen durch Resection des linken Oberkiefers

entnommen (Rosenberger), der sich um einen in abnormer Richtung zur Entwicklung gelangten Zahn etablirt hat. Die Neubildung hatte zur völligen Obliteration der Highmorshöhle geführt. SEIFERT.

70) **R. Cadwallader. Ueberzähliger Zahn im Gaumendach. (Supernumerary tooth in the palatine vault.)** *N. Y. Medical Record. 26. Februar 1898.*

Der Zahn sass genau in der Mittellinie des Gaumens in einer Querverbindung zwischen den beiden ersten Molarzähnen. Ueber seinen Ursprung lässt sich wenig sagen. Er muss von einem versprengten Zahnkeim abstammen oder vielleicht einen ursprünglich an der richtigen Stelle befindlichen und dann durch irgend eine Gewalteinwirkung verlagerten Zahn darstellen. Gegen letztere Deutung spricht seine anomale Gestalt und auch die Anamnese, in der von irgend einem derartigen Unfall nichts erwähnt ist. LEFFERTS.

71) **Dieck** (Berlin). **Ueber den dentalen Ursprung der Prosopalgie**. Dissertat. Würzburg 1897.

In 3 Fällen hatte Dentikelbildung in der Pulpa von Molaren den zur Prosopalgie führenden Reiz auf den Trigeminus ausgeübt, Heilung nach Extraction der Zähne. Mittheilungen über die histogenetische Entwicklung der Dentikel.

SEIFERT.

72) **Matzenauer** (Wien). **Seltene Localisation des syphilitischen Primäraffectes im Munde.** K. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, Sitzung vom 17. Juni 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 25. 1898.*

Ein Ulcus in der Nische zwischen dem rückwärtigsten Theil der Schleimhaut der linken Wange und dem Angulus mandibulae, ein zweites, ca. 3 mm weit vom ersten getrennt, am weichen Gaumen. Die äussere Wangenhaut wird in der Gegend des linken Unterkiefers durch eine orangengrosse Geschwulst vorgewölbt. Haut darüber normal und verschieblich. Der Tumor besteht aus mehreren harten, am Unterkiefer fest adhärenten Drüsen. Differentialdiagnose gegen Carcinom.

CHIARI.

73) **Löffler** und **Frosch** (Berlin). **Bericht der Commission zur Erforschung der Maul- und Klauenseuche bei dem Institut für Infectionskrankheiten in Berlin, erstattet an den Cultusminister.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 5, 6. 1898.*

Ausführliche Darlegung der Untersuchungen, über deren Resultate wir bereits referirt haben. ZARNIKO.

74) **Bernheim** (Zürich). **Ueber einen bakteriologischen Befund bei Stomatitis ulcerosa.** *Centralbl. f. Bakter. 5. 6. 1898.*

In den Geschwüren fand B. regelmässig einen bestimmt charakterisirten Bacillus und eine Spirochaete. Wegen der Constanz des Befundes und der grossen Menge, in welcher diese Mikroorganismen in den Geschwüren angetroffen wurden, hält B. es für sehr wahrscheinlich, dass sie die Ursache der St. ulcerosa sind. Culturen gelangen nicht. SEIFERT.

75) **Zeiken Takenaka** (Japan). **Stomatitis gravidarum.** *Tokio Isischinschi. November 1897.*

Unter Stomat. gravid. versteht Verf. eine katarrhalische Stomatitis, die gewöhnlich im 6., 7. und 8. Schwangerschaftsmonate entsteht und zwar wahrscheinlich reflectorisch. Er publicirt gleichzeitig eine von dem Gynäkologen Ischida angefertigte Statistik von 142 derartigen Fällen. OKADA.

76) **Klapp. Zur Casuistik der Dermoide des Mundbodens.** *Beitr. z. klin. Chir. 3. Heft. 1897.*

Mittheilung vier derartiger Fälle aus der Wölfler'schen Klinik.

Man theilt diese Tumoren zweckmässig ein in Epidermoide, d. h. Cysten mit Cutisstructur, wobei aber die sog. Anhangsgebilde der Haut fehlen, und eigentliche Dermoide, bei denen diese in der Cystenwand zu finden sind.

Sind diese Geschwülste klein, so machen sie nur geringe Beschwerden, wachsen sie, so verursachen sie Störungen beim Sprechen, Kauen und Athmen. In einem der K.'schen Fälle kam es zu einer Einknickung des Lig. thyreohyoid., in Folge dessen zu einem Druck auf die Epiglottis und daher zu starken Athembeschwerden. Das Dermoid unterscheidet sich von der Ranula dadurch, dass bei ihm der Fingereindruck zurückbleibt, dass, wenn es unter der Schleimhaut sich präsentirt, es eine gelbliche Verfärbung der Oberfläche zeigt; die Ranula andererseits hat gewöhnlich keine genauere Begrenzung, sitzt meist lateralwärts.

Fluctuation können beide Arten der Tumoren zeigen.

Die Dermoide lassen die Mundschleimhaut unversehrt und weisen nur sehr geringe, wenig gefässreiche Adhäsionen mit der Umgebung auf. Von letzteren sind bloss die am Kinn und Zungenbein etwas fester.

Sie können sich nach innen von der Mundbodenmusculatur oder ausserhalb derselben entwickeln. A. ROSENBERG.

77) **Reboul. Tödtliche Blutung nach Durchschneidung des Zungenbändchens. (Hemorrhagie mortelle consécutive à la section du frein sublingual.)** *Assoc. franç., Congrès de St. Etienne. August 1897.*

Ein Arzt durchschnitt einem kleinen Mädchen das Zungenbändchen einige Stunden nach der Geburt. Leichte Blutung, die auf Tamponnade steht, dann aber wieder anfängt, als Flächenblutung fortdauert und allen Mitteln widersteht, der Fingercompression, dem Anlegen von Klemmpincetten, dem Betupfen mit Eisenchlorid u. s. w. R. sieht das Kind am nächsten Morgen; er versucht ebenfalls die Compression, dann den Galvanokauter; die Blutung aber steht nicht. Später werden mehrfach Seruminjectionen gemacht, die das Kind etwas wiederbeleben; es stirbt aber am 5. Tage, nachdem es Zeichen von Melaena, Ecchymosen unter den Nägeln und hämorrhagische Erosionen um den Anus dargeboten hat. R. nimmt an, dass das Kind hämophil war. A. CARTAZ.

78) **P. Sébilean. Die Diagnose der Zungengeschwüre.** *L'Odontologie. August 1897. Oesterr.-ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilkunde. 1898. Heft II. (**Referat.**)*

Verf. theilt die Geschwüre ein in:

1. flach aufliegende (traumatische, syphilitische, tuberculöse und Ulcerationen der Raucher);

2. hervorragende (tertiäre Syphilis, Epitheliom, tiefsitzende Tuberculose).

Eingehend erörtert Verf. die Differentialdiagnose. CHIARI.

79) **Vollmer** (Kreuznach). **Histologische Bemerkungen zu einem Falle von schwarzer Haarzunge.** *Arch. f. Dermat. 46. Bd. 1. Heft. 1898.*

Die parasitäre Natur der schwarzen Haarzunge darf als unhaltbar bezeichnet werden, es handelt sich nur um eine Hyperkeratose der Zungenschleimhaut, die durch eine zu oft vorgenommene Reizung der Mund- und Zungenschleimhaut durch desinficirende oder adstringirende Mundwässer, durch starkes Rauchen, Stomatitis (mercurialis?) begünstigt wird. Eine Reihe schöner Abbildungen illustrirt die verschiedenen Formen, unter welchen die Hornfäden, Hornpfeiler, Hornspitzen und Hornplatten auftreten können. SEIFERT.

80) **Brault. Macroglossie. Lymphectasien am Mundboden und am Halse und Gesicht. Zapfenförmige Amputation der Zunge. Punction der Lymphangiome. Pneumococcenbefund. Heilung. (Macroglossie Lymphangiectasies du plancher de la bouche et des regions cervico-faciales. Amputation conoide de la langue. Ponction des lymphangiomes. Présence du pneumocoque. Guérison.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 11. November 1897.*

Das Kind war schon in zahlreichen Sitzungen, doch ohne Erfolg electrolytisch behandelt worden. Die Operation ergab ein vorzügliches Resultat.

E. J. MOURE.

81) **Lennhoff** (Berlin). **Ueber Echinococcen und syphilitische Geschwüre.** *Dtsch. med. Wochenschr. No. 26. 1898.*

Bei einem der in der vorl. Mittheilung verwertheten Pat. fand sich ein venöses Angiocavernom der Zunge vor, das Verf. nach einer Photographie abbildet. ZARNIKO.

82) **L. S. Somers. Fibröse Hypertrophie der Zungentonsille. (Fibrous hypertrophy of the lingual tonsil.)** *New England Med. Journal. April 1898.*

Krankengeschichte eines Falles. Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

83) **E. Winckler** (Bremen). **Zur operativen Behandlung der hyperplastischen Zungentonsille.** *Wiener med. Wochenschr. No. 31. 1898.*

Bei Individuen, welche von ihrem Kehlkopfe gesteigerte Arbeitsleistung verlangen oder berufsmässig verlangen müssen, hält W. die Entfernung einer eventuell hyperplastischen Tonsilla lingualis für indicirt:

1. wenn sich an ihr häufig wiederholende Katarrhe zeigen;

2. wenn durch die Einschränkung der Bewegung der Epiglottis direct nachweisbar oder mit aller Wahrscheinlichkeit auch der Larynx in Mitleidenschaft gezogen ist.

W. entfernt diese hyperplastische Zungentonsille je nach ihrer Form entweder mit einem Ringmesser oder einer entsprechend gekrümmten Scheere, indem

er die Zunge, wie zu endolaryngealen Eingriffen stark herausziehen lässt. Der seinerzeitige Vorwurf, dass die Anwendung des Ringmessers am Zungengrund deshalb unzweckmässig sei, weil es in der betreffenden Gegend an einer festen Unterlage fehlt und daher ein sicheres Arbeiten nicht möglich sei, erweist sich in praxi als gänzlich hinfällig.

CHIARI.

84) **Emile Weil. Krebs der Zunge mit Metastase am Herzen. (Cancer de la langue. Généralisation cardiaque.)** *Société anatomique de Paris. 11. Juni 1897.*

Der Kranke, der einen langsam sich entwickelnden Krebs der Zunge hatte, starb an Cachexie. Die Geschwulst erwies sich als gelapptes Epitheliom mit Epidermiskugeln.

Bei der Section fand sich eine einzigartige Metastase. An der Basis des rechten Ventrikels ragte ein kleinnussgrosser weisslicher Knoten über die Muskelfläche heraus; derselbe zeigte denselben Bau wie die Zungengeschwulst.

Die Localisation am Herzen hatte intra vitam keine Symptome geboten.

PAUL RAUGÉ.

85) **S. Baumgarten** (Budapest). **Exstirpation der linken Zungenhälfte nach einer neuen Modification von der Regio submaxillaris aus, mit vorheriger Unterbindung der Arteria lingualis et maxillaris externa.** *Aerztlich. Centralanzeiger. No. 22. 1898.*

Von mehr chirurgischem Interesse.

CHIARI.

86) **Vallas** (Lyon). **Totale Amputation der Zunge durch die Pharyngotomia transhyoidea. (Amputation totale de la langue par la voie transhyoidienne.)** *Soc. d. Scienc. méd. de Lyon. Mai 1897. Lyon méd. 30. Mai 1897.*

Verf. stellt einen 47jährigen Patienten vor, bei dem er vor 1 Monat die Totalexstirpation der Zunge wegen Epitheliom ihres hinteren Theiles vorgenommen hat. Verf. hat dabei das Verfahren angewendet, das er mehrfach als Amputatio transhyoidea mit medianer Osteotomie des Zungenbeins beschrieben hat. Verf. bespricht die Vortheile dieser Methode, die allen anderen Methoden, auch der Osteotomie des Kiefers, überlegen ist.

Die Vernarbung bei dem vorgestellten Falle ist bereits eine vollständige. Die Sprache ist wenig behindert; nur die lingualen Laute sind etwas gestört. Stärker ist das Schlucken beeinträchtigt. Der Kranke musste die ersten 15 Tage eine Dauersonde im Oesophagus tragen und auch jetzt noch kann er nur mit Hülfe einer Kautschuckröhre schlucken, welche die Flüssigkeiten bis in die obere Pharynxöffnung leitet. Verf. hofft, dass die Function des Schluckens sich durch die Einsetzung einer von Martin (Lyon) ersonnenen künstlichen Zunge bessern wird.

PAUL RAUGÉ.

87) **E. Hönigschmied** (Weistrach). **Ein Kind mit zwei vollkommen ausgebildeten Zungen.** *Med.-chirurg. Centralbl. No. 28. 1898.*

Die accessorische Zunge inserirte sich an der hinteren Rachenwand, gerade hinter der Uvula und hing Mangels einer Stütze in den Schlund hinab, wobei sie

natürlich auch den Luftzutritt in den Larynx erschwerte. Die Zunge war 6 cm lang, $3^1/_2$ cm breit, die Stielbasis war 2 cm. — Entfernung derselben — nach vorhergegangener Ligirung — mit der Scheere. Keine Blutung. Heilung. Die andere Zunge war vollständig angewachsen und musste gelöst werden.

CHIARI.

88) **W. M. Helsham** (Richmond N. S. W.). **Ein Fall von Zungenspalte mit Fehlen des weichen Gaumens. (A case of cleft tongue and absence of the soft palate.)** *Australian Med. Gazette. 20. April 1898.*

H. beobachtete diese Missbildung bei einem Kinde von $8^1/_2$ Monaten. Der weiche Gaumen fehlte vollständig.

A. J. BRADY.

89) **E. Owen. Die operative Behandlung der Gaumenspalte. (The operative treatment of cleft palate.)** *Lancet. 29. März 1898.*

Betrifft die Spaltung nur den weichen Gaumen, so kann die Operation bereits in den ersten Lebensmonaten vorgenommen werden. Ist aber der harte Gaumen betheiligt, so wartet man besser mindestens bis zum zweiten Jahre. Der Verf. macht die Operation in einer Sitzung. Das Kind liegt auf dem Rücken mit hängendem Kopf; Verf. verwendet Chloroform; er empfiehlt den Smith'schen Knebel. Bezüglich der Ernährung der Kinder und der Wahl der Instrumente giebt der mit mehreren Abbildungen versehene Artikel nützliche Winke.

ADOLPH BRONNER.

90) **Haderup** (Kopenhagen). **Aeltere und neuere Behandlung der Gaumenspalte (Palatum fissum congenitum).** *Med.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. II. 1898.*

Kurze Besprechung der Operationsmethoden und der von Gutzmann eingeführten Nachbehandlung durch Sprachgymnastik und Massage des Velums und des Pharynxwulstes.

SEIFERT.

91) **Avellis. Ueber klonische Gaumenmuskelkrämpfe mit objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch.** *Münch. med. Wochenschr. No. 17. 1898.*

Avellis betrachtet die klonischen Gaumenmuskelkrämpfe mit objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch nicht als ein Leiden, gegen das locale Therapie anzuwenden sei, sondern als ein Symptom allgemeiner Nervosität, das sich eher durch eine hygienisch-diätetische Allgemeinbehandlung beseitigen lässt. Er wird bestärkt in seiner Anschauung durch die völlige Nutzlosigkeit der Dnrchschneidung des Tensor veli palatini, die er an einem Patienten vorgenommen hatte.

SCHECH.

92) **Bernhardt** (Berlin). **Ueber rhythmische Gaumensegelcontractionen.** *Dtsch. med. Wochenschr. No. 30. 1898.*

Vorstellung eines Falles mit Bemerkungen über die Pathologie der Erkrankung.

ZARNIKO.

93) **Doubre. Gemischte Tumoren des Gaumensegels. (Des tumeurs mixtes du voile du palais.)** *Bulletin médical. 9. Januar 1898.*

Verf. giebt eine Besprechung der Arbeit von Berger (Revue de Chirurgie.

No. 5-7. 1897.) Alle Thatsachen sprechen für einen epithelialen Ursprung dieser Geschwülste. Dieselben setzen sich zusammen aus epithelialen Elementen, die in ihrer Anordnung öfter an Epitheliome als an Adenome erinnern, und aus einem bindegewebigen Gerüst. Für einen endothelialen Ursprung dieser Tumoren liegt kein Anhalt vor. Dieselben sind gutartig; ihre Schwere ist nur durch ihr übrigens sehr langsames Wachsthum bedingt. Die localen Recidive sind stets durch eine unvollständige Abtragung verschuldet.

Ausser diesen gemischten Tumoren kommen im Gaumensegel Geschwülste vor, die ihnen sehr ähnlich sind, aber doch nicht mit ihnen verwechselt werden dürfen; es sind dies die Sarcome und Angiosarcome. PAUL RAUGÉ.

d. Diphtheritis und Croup.

94) **F. Schanz** (Dresden). **Die falschen und die echten Diphtheriebacillen.** Vortrag, geh. am 19. März 1898 in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. — *Wiener med. Presse. No. 28, 29. 1898.*

Nach Mittheilung seiner eingehenden Untersuchungen über den Diphtheriebacillus sagt Sch.: Stellen wir uns auf den Standpunkt der Dualisten, so haben sich bis auf die Untersuchungen von Spronck und Neisser alle angegebenen Unterscheidungsmerkmale als trügerisch erwiesen und sind alle Statistiken, die in der Zeit vor dem Bekanntwerden dieser Untersuchungen zusammengestellt wurden, hinfällig. Stellen wir uns auf den Standpunkt der Unitarier, indem wir annehmen, dass der ungiftige Löffler'sche Bacillus durch irgend eine Ursache giftig wird, so kann man diesen Bacillus nicht mehr als alleinigen Erreger der Diphtherie ansprechen. Darum kann er immer noch im Krankheitsbilde der Diphtherie eine sehr wesentliche Rolle spielen. Als den Angelpunkt der ganzen Frage hält Verf. den Xerosebacillus. CHIARI.

95) **Hörschelmann. Beobachtungen über die Formalindampf-Wirkung auf Diphtheriebacillen.** Protocoll des Vereins St. Petersburger Aerzte. 1898.

Die Bacillen verschwanden in kurzer Zeit aus der Rachenhöhle der Kranken. Nachdem man die Formalineinathmung eingestellt hatte, erschienen sie aber wieder.

Lunin warnt vor zu grossen Erwartungen in Bezug auf Formalin. Er glaubt nicht, dass Formalin in alle Buchten und Lacunen der Nasenrachenhöhle, wo sich Bacillen befinden können, eindringt. Ueberhaupt ist nach L. schwer zu bestimmen, wann die Bacillen ganz verschwunden sind. Die Praxis hat ergeben, dass etwa 3 Wochen nach dem Schwund der Beläge die Isolirung aufgehoben werden kann.

Ucke hält das Eindringen des Formalins in Gewebssäfte (nur in einem solchen Falle wäre eine Wirkung denkbar) für unwahrscheinlich. Redner schlägt vor das Chinin innerlich zu versuchen.

Masing verlangt eine locale Desinfection des Rachens.

Möhlenfeldt proponirt bei Kindern Präventiv-Seruminjectionen. Von

prophylactisch geimpften Kindern erkrankten nach seiner Beobachtung 6 pCt., von nicht geimpften erkrankten 26 pCt.

Anders erwähnt, dass früher Laryngitis fibrinosa in Hospitälern nicht isolirt wurde. Infectionen wurden trotzdem nicht beobachtet.

Lunin glaubt ebenfalls an eine nicht infectiöse Laryngitis fibrinosa.

P. HELLAT.

96) **Enriquez** und **Hallian**. **Das Nervensystem bei der experimentellen Vergiftung mit Diphtheriegift. (Le système nerveux dans l'intoxication diphthérique expérimentale.)** *Société de biologie. 15. Januar 1898.*

Die Verff. erinnern daran, dass sie die ersten waren, die Veränderungen im Centralnervensystem nach Injection von Diphtheriegift beim Thiere constatirten.

Sie fügen ihren früheren Beobachtungen die weitere hinzu, dass in einer gewissen Zahl von Fällen, bei denen Veränderungen in der Medulla mikroskopisch und makroskopisch nicht nachweisbar sind, doch durch die Prüfung des arteriellen Druckes und der Herz- und Gefässreflexe eine Affection des Bulbus erweisbar ist.

PAUL RAUGÉ.

97) **Murawjew. Gegenseitige Wirkung des Toxins und Antitoxins auf das Nervensystem der Meerschweinchen. (Difteritni toxin i antitoxin w jich wsaimo diestwii na nerwwuju sistemu morskich swinok.)** *Dietsk. Med. No. 1. 1898.*

Nach Toxininjection beobachtete M. nach Verlauf von 3 Tagen Desagregation der chromophilen Kerne und Chromatolyse der Zellen mit reichlicher Vacuolenbildung. Paralysen traten aber erst nach Entwickelung von Nephritis auf. In den peripheren Nerven keine Veränderungen.

Bei der Einführung des Toxins und Antitoxins hängen die Veränderungen im Nervensystem von dem Neutralisationsgrade dieser beiden Substanzen ab. War die Neutralisation eine vollständige, so wurden fast gar keine Veränderungen wahrgenommen; war sie nicht genügend, so traten dieselben Veränderungen auf, wie bei alleiniger Toxinwirkung. Antitoxin ohne Beimischung von Toxin ergiebt ähnliche Veränderungen in den Nervenzellen, wie Toxineinführung nur ohne Vacuolenbildung. Aus seiner Arbeit zieht M. den Schluss: Antitoxin bringt eine Woche nach der Infection wenig Nutzen mehr. Antitoxin selbst ist keine indifferente Substanz. Anwendung vieler kleiner Dosen ist rationeller, als eine einmalige grosse Dosis.

P. HELLAT.

98) **Charrin** und **Bardier** (Paris). **Wirkungen der Toxine und der Antitoxine auf die Circulation. (Effets des toxines et des antitoxines sur la circulation.)** *Société de Biologie. 19. März 1898.*

Experimente am Frosch zeigten den Verff., dass das Toxin und das Antitoxin entgegengesetzte Wirkungen auf das Herz ausüben: das Diphtheriegift verlangsamt die Schlagfolge, das Serum der geimpften Thiere beschleunigt sie.

Doch halten die Verff. im Gegensatz zu Fenewetzky, der diesen Antagonismus als einen absoluten ansieht, nach ihren Experimenten die physiologische Thatsache nicht für constant.

PAUL RAUGÉ.

99) **Grigorjew. Bakteriologische Untersuchungen des Rachens und der Nase bei reconvalescenten Diphtheritiskranken. (Bakteriologitscheskije isledowanija sewa i nosa wisdarawlitdajuschtschich difterinich bolnich.)** *Dietsk. Med. No. 1. 1898.*

G. führte die Untersuchung an 46 diphtheriekranken Kindern aus. Die Diagnose bei der Aufnahme ins Hospital wurde bacteriologisch controlirt. Untersuchungen des Rachens und der Nase wurden wiederholt vorgenommen. 15mal wurde der Rachenschleim allein, 31mal auch der Nasenschleim durchgesehen. Resultat: In 36 Fällen (78,25 pCt.) Schwund der Bacillen vor dem Ende der ersten Woche nach der Reinigung des Rachens, in 5 Fällen (10,87 pCt.), im Verlaufe der 2. Woche, in 5 Fällen (10,87 pCt.) bis zum Ende der 3. Woche noch Bacillen vorhanden.

In 2 Fällen waren die Bacillen am Ende der 3. Woche für Meerschweinchen noch tödtlich.

P. HELLAT.

100) **Et. Golay. Ein Fall von prolongirter Diphtherie. (Apropos d'un cas de diphthérie prolongée.)** *Journ. de clin. infant. 2. December 1897.*

8jähriges Kind erkrankte am 12. März 1896 an Angina diphtheritica. Die Diagnose wurde bakteriologisch gesichert. Der Fall heilte nach einer Seruminjection. Am 8. April, während der Gesundheitszustand ein ganz normaler ist, ergiebt eine erneute bakteriologische Untersuchung Loeffler'sche Bacillen in Reincultur. Vom 17. April bis 21. August werden 27mal Culturen angelegt, alle mit demselben Resultat. Am 1. September tritt eine neue Angina auf, wieder mit Bacillenbefund. Am 22. October wiederum Angina; 8 Tage nachher bakteriologische Untersuchung ohne Befund. Keine Culturen mehr, bis am 5. Februar 1897 eine pseudomembranöse Angina eintritt. Bei dieser finden sich Diphtheriebacillen mit Streptococcen. Es wird wieder Serum gespritzt. Am 13. Februar vollständige Heilung; keine Bacillen mehr.

A. CARTAZ.

101) **Slawyk. Ueber Halbseitenlähmung nach Diphtherie.** *Münchener medicin. Wochenschrift. No. 23. 1898.*

Bei einem 7jährigen Mädchen trat am 13. Krankheitstage Herzschwäche und Gaumensegellähmung auf, welcher Facialislähmung und vollständige Lähmung der linken Körperhälfte nachfolgte. Die Section ergab Dilatation und parenchymatöse Veränderung des Herzens, Erweichung der rechten Gehirnhälfte, Embolie der Arter. fossae Sylvii.

SCHECH.

102) **C. Fisch. Untersuchungen über die Assimilation des Diphtherieserums im Körper. (Some experiences on the assimilation of diphtheria antitoxine.)** *N. Y. Medical Journal. 9. April 1898.*

F.'s Versuche sprechen erstens für die chemische Natur des Antitoxins und zeigen zweitens mit voller Sicherheit, dass die Immunität gegen Diphtherie auch bei der Darreichung des Heilserums resp. der antitoxischen Milch per os eintritt. Bei Kindern ist die Immunisirung durch die Milch sogar vorzuziehen. Freilich ist zu Heilzwecken und auch bei der Nothwendigkeit schneller Prophylaxe, in

Familien z. B., in denen ein Glied bereits erkrankt ist, dieser Weg nicht anwendbar, wegen der Langsamkeit der Resorption des Antitoxins oder wenigstens der Diffusion desselben durch den Körper. Warum diese Substanz so viel langsamer als andere chemische Körper nach der Aufnahme vom Darm aus den Körper durchdringt, bedarf noch der Aufklärung. LEFFERTS.

103) **H. Hertel. Serum bei Diphtherie. (Antitoxin in diphtheria.)** *New England Med. Journal. Januar 1898.*

Krankengeschichte eines Falles, ein Kind von $1^1/_2$ Jahren betreffend, mit Ausgang in Heilung. J. W. SWIFT (LEFFERTS).

104) **George Suttie. Die Serumbehandlung der Diphtherie in Detroit U. S. A. (The antitoxine treatment of diphtheria in Detroit U. S. A.)** *N. Y. Medical Journal. 16. April 1898.*

Die Erfahrungen sind günstige und Aerzte wie Publikum gewinnen immer mehr die Ueberzeugung von dem Nutzen der Serumbehandlung. LEFFERTS.

105) **W. Gripper. Immunisirung mittelst Diphtherieserum. (Immunisation by diphtheria antitoxin.)** *Brit. Med. Journ. 26. März 1898.*

In einer grossen Schule trat Diphtherie auf. 22 der jüngsten Kinder wurden mit 200 Immunitäts-Einheiten injicirt. Keines von diesen erkrankte an Diphtherie.

ADOLPH BRONNER.

106) **E. C. Aviragnet** und **Apert. Indicationen und Gebrauchsanweisung des Diphtherieheilserums. (Indication et mode d'emploi du serum antidiphthérique.)** *Gazette des Hôpitaux. 24. u. 31. Juli 1897.*

Die Verff. besprechen die gesammte Serumfrage vorwiegend von praktischen Gesichtspunkten: Wie soll man injiciren? Wie viel? In welchen Fällen und in welchem Moment? Ihre Stellung gegenüber der Serumtherapie, welche die Mortalität von 50 auf 16 pCt. herabgedrückt hat, ist eine günstige. In der grossen Mehrzahl der Fälle, schliessen die Verff., hat das Serum keinerlei störende Folgen. In 10—20 pCt. der Fälle erzeugt es einen Ausschlag, der meist eine einfache Urticaria darstellt, seltener erythematöse Formen annimmt und dann von leichten Allgemeinerscheinungen begleitet ist. Die wenigen Fälle von Nephritis, die mitgetheilt sind, können ebenso der Diphtheritis selbst oder secundärer Infection, als dem Serum auf Rechnung gesetzt werden. Vielleicht sind in einigen Fällen dysenterieartige Durchfälle und Metrorrhagien dem Serum zuzuschreiben. Tödtliche oder auch nur bedrohliche Zufälle sind sehr selten vorgekommen und der Beweis, dass das Serum an ihnen Schuld trägt, steht aus. PAUL RAUGÉ.

107) **Paul Hervé. Bericht über die Behandlung der Diphtherie mittelst Serum und Intubation im Hôpital du Mans. (Notes sur la diphthérie à l'hôpital du Mans, serotherapie et intubation.)** *Arch. med. Angers. II. p. 56.*

Seit Einführung des Serums hat Verf. 63 Fälle von Diphtherie behandelt, 20 Anginen, die alle geheilt wurden, und 43 Fälle von Croup, von denen 5 starben. Bis auf 2 erhielten alle Fälle Serum; die Menge desselben war eine

wechselnde, je nach der Intensität der Erkrankung. Ueble Folgen — von einigen Ausschlägen abgesehen — wurden nicht notirt.

Intubirt wurden 15 Kranke; tracheotomirt 2; auch diese beiden in einer Zeit, in der die Intubation noch weniger geläufig war.

A. CARTAZ

108) **Richardière. Statistik der Diphtheritis im Hopital Trousseau. (Statistique de la diphthérie à l'hopital Trousseau.)** *Société médicale des Hôpit. 15. April 1898.*

Diese Statistik ergiebt eine Mortalität von 17,9 pCt. Zieht man 31 Fälle, die in weniger als 24 Stunden nach ihrer Aufnahme ins Krankenhaus starben, ab, so erhält man eine Mortalität von 13,5 pCt.

Die Statistik umfasst 696 Fälle in einem Zeitraum von 8 Monaten. 433 heilten ohne chirurgischen Eingriff; intubirt wurden 172 (mit 47 Todesfällen); tracheotomit 56 (mit 45 Todesfällen).

PAUL RAUGÉ.

109) **R. Kretz** (Wien). **Heilserumtherapie und Diphtherietod.** K. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, Sitzung vom 13. Mai 1898. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 21. 1898.*

Die zur Beobachtung gelangten Fälle beziehen sich auf ein Krankenmaterial von 1989 Patienten mit 607 Todesfällen — und umfasst die Jahre 1893—1897 incl. — Eignet sich nicht für ein kurzes Referat.

CHIARI.

110) **Werblowski. Fall von Diphtheritis der Augenlider und der Schleimhaut des Auges. (Slutschai difterita wek i slisistoi obolotschki glasa)** *Bolnitsch. Gaz. No. 11. 1898.*

Beschreibung eines Falles. Heilung.

P. HELLAT.

111) **Mollenfeldt. Von der Anwendung der prophylaktischen Seruminjectionen. (O primenenii predochronitelnich wpriskiwanii protiwodifterinoi siworotki.)** *Bolnit. Gaz. No. 32. 1898.*

Bericht über die prophylactischen Impfungen von 111 Fällen. Aus dem Erfolge lassen sich keine Folgerungen ziehen (Ref.).

P. HELLAT.

112) **Schabod. Zur Frage der Schutzimpfung mit Antidiphtherieserum. (K woprosu o predochronitelnich wpriskiwanii protiwodifterinoi siworotki.)** *Boln. Gaz. No. 32. 1898.*

Nichts von Bedeutung.

P. HELLAT.

113) **Feldt. Beobachtungen aus dem Nicolai-Kinderhospital. (Nabljudenja w Nicolaewskoi djetskoi bolnitze.)** *Boln. Gaz. No. 32. 1898.*

Angaben über Schutzimpfungen. Ohne weiteres Interesse.

P. HELLAT.

114) **Stuckei. Erkrankungen an Diphtheritis und die prophylaktischen Injectionen in der chirurg. Abtheilung des Prinz Oldenburger Kinderhospitals. (Sabolewanija i predochronitelnija wpriskiwanija w chirur. ordelenii djetskoi bolnitzi prinza Oldenburgskowo.)** *Bol. Gaz. No. 32. 1898.*

Beansprucht kein weiteres Interesse.

P. HELLAT.

115) **Werewkin. Statistische Ermitteluagen über Diphtheritis in Moskau und ihre Bedeutung bei prophylaktischen Injectionen. (Statistitscheskija dannija o difterite w Moskwe i jich snatschenie w woprose o predochronitelnich wpriskiwanijach.)** *Dietskaja Med. No. 1. 1898.*

Aus der Zusammenstellung der einzelnen und Herderkrankungen in den Moskauer Häusern in den Jahren 1889—1895, d. h. bis zu dem Zeitpunkte, wo die prophylactischen Injectionen am meisten im Gange waren, entnimmt W. als Endresultat, dass die Diathese für Diphtheritis überhaupt nicht gross ist und dass die prophylactischen Injectionen keinen merklichen Einfluss auf das Verhältniss der einzelnen Zahlen zu einander und auf die Anzahl der Erkrankungen überhaupt ausüben.

P. HELLAT.

116) **Rauchfuss. Erfolge der Serumtherapie in Russland. (Uspechi primenenija protiwodifterinoi siworotki w rossii.)** *Bolnitsch. Gazeta. 1898.*

Bericht über die Arbeit der Commissionen, die auf die Initiative von R. durch Delegirte von zwei Vereinen in Petersburg zur Klarlegung der Serumfrage zusammengestellt wurde. Der Bericht enthält die Daten aus ganz Russland, die im Verlaufe von 1895—1897 veröffentlicht wurden oder sonst der Commission zugänglich waren. Die Gesammtzahl der mit Serum behandelten Kranken beträgt 44631; Sterblichkeit 14,6 pCt. Nicht behandelt 6507; Sterblichkeit 34,1 pCt. Die Arbeit enthält sehr viele Tabellen und lässt sich deshalb im Referat schwer wiedergeben. Es geht aus derselben hervor, dass Rauchfuss ein überzeugter Anhänger der Serumtherapie ist.

P. HELLAT.

117) **Posatzki. Diphtheritis im Jahre 1897 in St. Petersburg nach den Angaben des Barackenhospitals (zum Andenken S. Botkin's) und ihre Behandlung mit Serum. (Difterit 1897 g w St. Peterburge po dannim baratschnoi w pamjatj S. P. Botkina bolnitzi e jewo letschenije siworotkoi.)** *Bolnitsch. Gazeta. 1898.*

Behandelt wurden im Ganzen 3352 Fälle, von ihnen genasen 2405, starben 811 also 25,2 pCt. Von diesen wurden mit Serum behandelt 1429 Fälle, von denen 376 starben. Ohne Serum 1887 und von diesen starben 535. Im Uebrigen enthält auch diese Arbeit sehr viele Tabellen, die sich zum Referate nicht eignen. P. schliesst dieselbe mit der Bemerkung, dass sein Material nicht genügend sei, um über den Einfluss des Serums ins Reine zu kommen. Seine Zahlen kann er nicht zu Gunsten desselben verwenden. Er warnt davor, bei der Zusammenstellung die foudroyant verlaufenden Fälle aus der Serumstatistik wegzulassen. Man wird dadurch leicht zu Trugschlüssen verleitet.

P. HELLAT.

118) **Posatzki. Zur Diphtheritisfrage in St. Petersburg. (K woprosy o difterite w St. Peterburge.)** *Bolnitsch. Gaz. 1898.*

Vorläufige Mittheilung, in der P. darauf hinweist, dass die Epidemie von 1897 bereits 2 Jahre dauert und jetzt im Abnehmen begriffen ist. Die Resultate der Behandlung von jetzt und aus dem Culminationspunkte der Epidemie sind nicht mit einander vergleichbar, sie führen zu falschen Annahmen.

P. HELLAT.

119) **G. G. Thornton. Membranöser Croup und Intubation. (Membranous croup and intubation.)** *N. Y. Med. Record. 28. Mai 1898.*

Nichts Erwähnenswerthes. LEFFERTS.

120) **Poliewktow** (Moskau). **Die Intubation beim Croup in der Privatpraxis.** *Arch. f. Kinderheilk. XXV. Bd. 3. 4. 1898.*

Drei von P. mitgetheilte Fälle zeigen, dass unter Heilserumbehandlung die Intubation auch in der Privatpraxis ausgeführt werden kann. SEIFERT.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

121) **Vacher. Behandlung der Laryngitiden mit intralaryngealen Einstäubungen. (Traitement des laryngites par les pulverisations intra-laryngiennes.)** *Bull. et mem. d. l. soc. franç. de laryngol. Tom XIII. 1897.*

Beschreibung eines kalten Zerstäubers mit graduirter Pipette.

E. J. MOURE.

122) **Lubet-Barbon. Kehlkopfblutungen im Verlauf einer alkoholischen Cirrhose. (Hémorrhagies du larynx au cours d'une cirrhose alcoolique.)** *Arch. internat. de laryngol. etc. No. 4. Juli-August 1897.*

Der 40jährige Kranke, starker Potator, hatte am Gaumensegel und im Mundrachen Varicen und purpurartige Flecke. Im Larynx sah man flüssiges Blut und Gerinnsel. Beim Einführen eines Pinsels trat eine neue Blutung am Stimmband ein. Der Kranke litt an atrophischer Lebercirrhose. E. J. MOURE.

123) **H. v. Schrötter** (Wien). **Demonstration eines Falles von Laryngocele interna.** K. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, Sitzung vom 21. Januar 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 4. 1898.*

Bei einem 8jährigen Knaben zeigte sich der Larynxeingang von einem blasenartigen Gebilde eingenommen, welches beim Inspirium verschwand. Es handelte sich um eine durch den exspiratorischen Luftstrom bedingte Aufblähung des Sinus Morgagni mit Dehnung und Vorbauchung seiner medialen Wand. Wiewohl anamnestisch nicht bestätigt, muss die Geschwulst doch als angeboren angesehen werden. Ueber die Operation wird seinerzeit berichtet werden.

CHIARI.

124) **L. Rethi** (Wien). **Zur Entstehung der Pachydermie des Kehlkopfes.** *Wien. med. Presse. No. 25. 1898.*

R. spricht von der an den Processus vocales vorkommenden Pachydermie und schliesst an den seinerzeit von ihm beschriebenen Fall, „indem er seine Beobachtung über die Entstehung der muldenförmigen Vertiefung auf den pachydermischen Wülsten der Proc. voc. angab", nunmehr seinen neuerdings beobachteten Fall an.

23jähriger Mann. Acute Laryngitis. Nach 4 Wochen Recidiv. Lineare Hyperaemie und leichte Schwellung mit Epithelabschilferung an den Proc. voc.

Nach 6 Wochen Recidiv. Die eben beschriebene Schwellung nimmt symmetrisch zu. Die Oberfläche dieser Wülste uneben, matt. 2 Jahre nach der ersten Attaque war das typische Bild einer Pachydermia diffusa vorhanden. Auch die Interarytaenoidfalte zeigte grau gekerbtes Epithel, jedoch keine Verdickung. Stimmstörung bedeutend. Nun trat Muldenbildung der Wülste auf, welche nach Ansicht des Verf.'s nur durch gegenseitigen Druck, d. h. Abschleifung zu Stande kommt. R. ist auch der Ansicht, dass die Pachydermie des Kehlkopfs dem chronischen Katarrh ihre Entstehung verdankt. Eine Behandlung der Pachydermie hält R. für überflüssig, da die Stimme auch ohne therapeutischen Eingriff sich mit der Zeit bessert.

CHIARI.

125) **H. Holbrook Curtis. Die Heilung der Sängerknötchen. (The cure of singers' nodules.)** *N. Y. Med. Journal. 8. Januar 1898.*

Ursache der Knötchen ist eine falsche Methode des Tonansatzes, bei der durch verkehrte Schwingungsvorgänge eine Reibung der Stimmbänder an einander stattfindet. Der schädliche Vorgang spielt sich hauptsächlich bei den Tönen der sogenannten oberen Mittellage ab; beim hohen Register kommt die Reibung nicht zu Stande. Dass die Sängerknötchen direct eine Folge der mechanischen Wirkung dieser gestörten Schwingungsprocesse sind und nicht etwa richtige Knoten im acustischen Sinne, ist durch die stroboscopischen Untersuchungen von Oertel, Koschlakoff und Simanowski ausser Zweifel gestellt worden. Man erkennt auch, wie die Veränderungen sich entwickeln, wenn man zurückgeht auf die ersten Anzeichen der unrichtigen Schwingungen. Man sieht nämlich lange bevor gewebliche Veränderungen an dem Stimmbande oder seiner Schleimhaut Platz greifen, Schleimklümpchen sich an gewissen Stellen der oberen Kante des Stimmbandes ansammeln. Wenn der Pat. das mittlere Register mit seinem falschen Toneinsatz (Coup de glotte) singt, so sieht man, wie der Schleim auf dem Stimmband das Centrum der Schwingungsfigur sucht und sich dort als kleines Kügelchen zusammenballt. Später erst fangen accidentelle Veränderungen an der Schleimhaut an aufzutreten, bis schliesslich bei fortdauerndem Gebrauch der falschen Methode die verdickten Stimmbänder aneinander reiben und als entzündliches Product ein organisirtes Knötchen, eine Neubildung entsteht.

Die Methode der Behandlung, die Curtis ausführlich beschreibt, besteht einfach in Stimmübungen: der Kranke muss den richtigen Toneinsatz erlernen. Nur eine musikalisch feingebildete, mit sehr scharfem Gehör ausgestattete Person kann diese Behandlung durchführen. Nur der Sänger wird überhaupt die Vorschriften, die C. in allen Einzelheiten giebt, ganz verstehen; dem einfachen Laryngologen erscheinen sie ziemlich complicirt. Der Zweck der Uebungen ist, dem Sänger durch eine richtigere Gesangsmethode andere Schwingungen seiner Stimmbänder anzugewöhnen und dies wird durch eine Veränderung der Klangfarbe oder der Obertöne erreicht.

C.'s Arbeit schliesst mit einem Bericht über 3 „brillant" geheilte Fälle. Die klinischen Angaben enthalten manche merkwürdige Angabe, wie die von einer „bekannten Primadonna, die ihm regelmässig zu jedem Neujahr einen Brief mit Ausdrücken wärmster Dankbarkeit sendet"; von einem anderen Pat., der ihn auf-

suchte „auf die Empfehlung eines berühmten Tenors, der neben seiner Gesangskunst auch ein geschickter und erfahrener Laryngologe ist" (man darf dem Herrn entschieden zu diesem Reichthum an Fähigkeiten Glück wünschen! Ref.). Der Pat. hatte die Absicht sich einer chirurgischen Operation zu unterwerfen; jeder andere Laryngologe hätte eine solche auch machen müssen; durch Curtis' Methode wurde sie gänzlich überflüssig. Weiter hören wir, dass C.'s Patienten auf seinen Rath „ihre eigenen Stimmbänder besichtigen, damit ihr Enthusiasmus während der Kur wach gehalten wird" (ein neues Verfahren! Ref.) und schliesslich erfahren wir auch, dass Curtis „ganze Reihen ebenso gut geheilter Fälle mittheilen könnte", wie die 3 erwähnten.

LEFFERTS.

126) **T. C. Railton. Multiple Papillome des Kehlkopfs bei kleinen Kindern behandelt allein durch die Tracheotomie. (Multiple papillomata of the larynx in young children treated by tracheotomy only.)** *Brit. Med. Journ. 19. Februar 1898.*

Bericht über 2 Fälle, im ersten wurde eine Hartgummi-Tube über $1/2$ Jahre, im zweiten 2 Jahre lang getragen.

ADOLPH BRONNER.

127) **Alexandrow. Die Behandlung der Papillome des Larynx bei Kindern vermittelst Tracheotomie. (Letschenije papillom gortani u detei tracheotomiei.)** *Dietskaja Medizina. No. 2. 1898.*

Mittheilung von 2 Fällen. In einem Falle nach 4jährigem, im anderen nach 7jährigem Tragen der Canüle keine Geschwulstmassen zu finden. Die Diagnose wurde ohne Laryngoskop gestellt.

P. HELLAT.

128) **Hopmann. Vorstellung eines wegen einer Wucherung des Kehlkopfeinganges durch Thyreofissur operirten Mädchens.** *Münchener med. Wochenschr. No. 25. 1898.*

Bei einem 16jährigen Mädchen, bei dem ein endolaryngealer Versuch zur Entfernung einer Geschwulst Asphyxie zur Folge hatte, so dass momentan tracheotomirt werden musste, wurde 14 Tage später thyreotomirt. Das durchschnittene linke Stimmband wurde vernäht und die Narbenstenose durch Schrötter'sche Röhren beseitigt.

SCHECH.

129) **F. Hanszel** (Wien). **Ein Fall von Sarcoma laryngis.** Aus dem Ambulatorium für Nasen- und Halskrankheiten des Prof. O. Chiari an der allgemein. Poliklinik in Wien. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 23. 1898.*

H. weist auf die Seltenheit der Laryngosarkome hin. Genaue Krankengeschichte und histologischer Befund. Es handelte sich um ein grosszelliges Spindelzellensarkom mit Riesenzellen.

CHIARI.

130) **Harmer** (Wien). **Ueber ein primäres Carcinom der Epiglottis und dessen operative Entfernung.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 14. 1898.*

65jährige Patientin zeigt bei der laryngoskopischen Untersuchung einen haselnussgrossen leicht blutenden Tumor, der breit am Epiglottisrande und an der rechten aryepiglottischen Falte aufsass und nur einen kleinen Theil der linken

Kehlkopfhälfte sehen liess. — Pharyngotomia subhyoidea, Exstirpation des Carcinoms mit Scheere und Messer bei herabhängendem Kopfe. Pharynx nach aussen gänzlich geschlossen. 5 Wochen post operationem wird Pat. aus dem Spitale entlassen. H. theilte den Fall besonders deswegen mit, weil diesmal von der präventiven Tracheotomie abgesehen wurde, ferner der Pharynx nach aussen vernäht wurde, wodurch die Ernährung nicht gestört war, weiter wegen der sehr empfehlenswerthen Schräglagerung nach Bardenheuer mit Rücksicht auf eventuelle Bronchitis.

CHIARI.

131) **Löwenstein. Mittheilungen über Kehlkopfcarcinom.** *Münchener medicin. Wochenschr. No. 3. 1898.*

Vorstellung eines Knaben, dem per thyreotomiam das linke carcinomatöse Stimmband herausgenommen und der Grund mit Paquelin geätzt worden war. Löwenstein sah unter 8500 Kranken noch weitere 5 Fälle und betrachtet die ätiologischen Momente für das Carcinom auch der Lues, besonders die nicht behandelte, und erwähnt einen Kranken, bei dem sich auf und neben der Lues Carcinom entwickelt hatte.

SCHECH.

132) **Jurasz. Endolaryngeal operirtes Carcinom des Kehlkopfes.** *Münch. med. Wochenschr. No. 27. 1898.*

Vorstellung der Kranken auf der 5. Versammlung südd. Laryngologen. Es wurden die vorderen Hälften beider Stimmbänder entfernt, welche sich narbig regenerirten, aber vorne miteinander verwachsen waren. Das Epitheliom, das sich am rechten Stimmband entwickelt hatte, führte durch Contact zu derselben Veränderung am linken Stimmbande. In der Discussion wurde bemerkt, dass öfters Verwachsungen und Regenerationen am Stimmband vorkommen, so dass schliesslich die Stimme beträchtlich besser wird: auch wurde von mehreren Rednern auf die Gefahr der Blutung hingewiesen.

SCHECH.

133) **E. L. Shurly. Ein Fall von Epitheliom des Kehlkopfs. Laryngectomie und partielle Pharyngectomie. Tod nach 11 Tagen durch Erschöpfung. (Case of epithelioma of the larynx. Laryngectomy and partial pharyngectomy. Death on the 11 day from exhaustion.)** *N. Y. Med. Journal. 16. Juli 1898.*

Eingehender Bericht über die Operation.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

134) **J. Pantaloni. 3 Fälle aus dem Gebiete der Kehlkopfchirurgie. (3 cas de chirurgie du larynx.)** *Arch. prov. de Chirurgie. September 1897.*

1. Ein Pflasterzellen-Epitheliom des rechten Stimmbandes, entfernt mittelst Thyreotomie nach vorhergehender Tracheotomie. Die Heilung dauert jetzt 18 Monate nach der Operation. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors bestätigte die Diagnose.

2. Ein Angiom des linken Stimmbandes bei einer 38jährigen Frau, ebenfalls mittelst Thyreotomie entfernt.

3. Ein Fall von Laryngocele bei einem 25jährigen Manne in Folge einer besonderen Anstrengung, mit Erfolg operirt.

A. CARTAZ.

135) **Meusel** (Gotha). **Eine totale Kehlkopfexstirpation.** *Corresp.-Bl. d. allgem. ärztl. Vereins v. Thüringen. 6. 1898.*

Bei einem 62jährigen Manne wurde 5 Wochen nach der Tracheotomie die Totalexstirpation des Kehlkopfes wegen Carcinom vorgenommen. In der ersten Zeit befand sich Pat. ganz wohl (die Trachea war nach vorne angenäht worden), aber am 8. Tage nach der Operation starb er an Herzschwäche. SEIFERT.

136) **Garré. Ueber Larynx- und Oesophagusexstirpation.** *Münchener medicin. Wochenschr. No. 18. 1898.*

Die grösste Gefahr für die an Larynxcarcinom Operirten ist die Schluckpneumonie. Man kann sie während der Operation durch die Tamponnade zwar verhüten, doch kann dieselbe nicht immer liegen bleiben. Um die Trachea sicher und dauernd gegen einfliessendes Secret zu schützen, schälte Garré in einem Falle den 1. Trachealring heraus und vernähte in doppelseitiger Etagennaht das nun schlaffe Trachealrohr unter Heranziehung des peritrachealen Gewebes. In einem anderen Falle verschloss G. den Pharynx. Sehr wichtig ist auch die horizontale Lagerung des Operirten mit nach rückwärts geneigtem Kopfe. Die Stückchendiagnose will G. durch Probeincision gewisser Gewebstheile durch die Thyreotomie ersetzt wissen. In einem dritten Falle von Oesophaguscarcinom, das die hintere Trachealwand und die Ringknorpelplatte ergriffen hatte, wurde mit Erfolg der ganze Kehlkopf exstirpirt, ferner die 5 obersten Trachealringe, sowie ein 5 cm langes Stück des Oesophagus. SCHECH.

137) **Saenger** (Magdeburg). **Grundzüge der Mechanik der Consonantbildung.** Festschr. z. Feier d. 50jährig. Bestehens d. Med. Gesellschaft zu Magdeburg.

S. sucht die auf dem Gebiet der Phonetik bestehenden irrigen Anschauungen und widersprechenden Ansichten klar zu stellen. So ist die Art der Verschlussaufhebung bei der Bildung der Explosivlaute (Verschlusslaute) als eine active, nicht als eine passive zu betrachten. Bei den Zitterlauten (Lippen-R, Zungenspitzen-R, Zäpfchen-R und Kehlkopf-R) dagegen ist die Verschlussaufhebung eine passive. An der Bildung von MN und Ṅ (Ng) sind die Nasenhöhlen und der Nasenrachenraum nur so weit betheiligt, als sie einen natürlichen Abzugscanal für den tönenden Exspirationsstrom darstellen (Nasenlaute), dagegen findet die den charakteristischen Klang bedingende Resonanz in der in bestimmter Weise vorn verschlossenen Mundhöhle statt. Ein nasaler Klang der Stimme kann nur durch die Resonanz der im Nasenrachenraum befindlichen Luft zu Stande kommen. Das nasale N der Franzosen ist kein Consonant, sondern weiter nichts als die nasale Färbung des Stimmklanges. Gleich MN und Ṅ ist auch L ein durch Resonanz im Ansatzrohr entstandener Laut, ein „Resonant". SEIFERT.

138) **Rosapelly. Neue Untersuchungen über die Rolle des Kehlkopfes bei den gedämpften und den sonoren Consonanten, bei lauter, Flüster- und Athemstimme. (Nouvelles recherches sur le rôle du larynx dans les consonnes sourdes et sonores — voix haute, voix chuchotée, voix respiratoire.)** *Arch. internat. de laryngol. etc. No. 5. September-October 1897.*

Die Glottis bewahrt in den verschiedenen Höhen der musikalischen Tonfolge

eine gleiche Beschaffenheit beim Hervorbringen der Vocale und der sonoren Consonanten, dagegen wird beim Anlauten der gedämpften Consonanten die Gestalt der Glottis verändert.

Im Gegensatz zu dem, was man bei der Athemstimme beobachtet, ist bei der Flüsterstimme das die Stimmbandschwingungen ersetzende Geräusch identisch bei den Vocalen und den sonoren Consonanten.

E. J. MOURE.

139) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Das R-Register. (Het R-Register.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. S. 966. 1898.*

Z. bespricht ausführlich den eigenthümlichen Charakter der Rasselconsonanten. Namentlich hat er das R. alveolare studirt und die Bewegungen des Condylus maxillae (im Gehörgang), der Lippe und des Mundbodens, sowie die Luft-Vibrationen dabei vielfach registrirt.

Bediente er sich anstatt der Flüsterstimme der lauten Sprache, so konnte er sowohl die Vibrationen des R, wie diejenigen des Glottistones registriren, und es stellte sich heraus, dass diese beiden Töne immer in einem harmonischen Verhältniss stehen. Der Stimmton ist 3, 4, ja 7—8mal höher wie der R-Ton. Hierbei ist der Stimmton als der primäre, der R-Ton als ein Unterton anzusehen. Lässt man den Stimmton glissando auf- oder abgehen, so folgt ihm der R-Ton. Wird bei gleichbleibender Tonhöhe, die Intensität der Stimme geändert, so ändert sich die Zahl der R-Vibrationen nicht; wohl aber beim Flüster-R, wo die Zungenspitze an einen Stimmton nicht gebunden ist. Ausser dem Stimmton und dem R-Ton hört man den dominirenden Ton des gesprochenen Vocales und es ist sehr wahrscheinlich, dass auch dieser Ton mit den beiden anderen harmonisch ist, dass er nämlich einen Oberton des Stimmtones wie das R einen Unterton desselben darstellt.

H. BURGER.

140) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Ueber die dominirenden Töne der Resonanten, nebst einigen Bemerkungen über die sogenannte todte Sprache der Adenoid-Kranken. (Over de domineerende tonen der resonantes, benevens eenige opmerkingen over de zoogenaamde doode spraak der adenoid-lijders.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 20. 1898.*

Mit Recht haben Helmholtz und Wolf die Resonanten m, n, ng, als tiefe Vocale betrachtet. Mit einigen tief intonirten u' s bilden dieselben den Bass-Theil der Scala unserer Sprachlaute. Z. hat sie mittels König'scher Flammenbilder analysirt, und durch Vergleich mit den Flammenbildern der Töne vom Urbantschitsch'schen Harmonium, ihre Tonhöhe bestimmt. Für die geflüsterten Resonanten fand er das n übereinstimmend mit c, ng gleichfalls mit c, m mit G. Nach Sänger ist die wesentlichste Resonanzhöhle für die Resonanten der Nasenrachenraum, wiewohl Z. hat feststellen können, dass Ausschaltung der Nasenhöhle einen gewissen Einfluss auf die Bildung der Resonanten ganz sicher ausübt. Keine andere Sprachlaute haben Resonanzhöhlen mit solchen starren, unbeweglichen Wandungen wie die Resonanten. Letztere müssen also die fixen Punkte sein, nach welchen in der Entwicklung der Sprache die übrigen Vocale geordnet sind. Ausfüllung des Nasenrachenraumes z. B. mit adenoiden Tumoren

ändert am bedeutendsten den Charakter der Resonanten. Die todte Sprache ist nicht nur durch die mangelhafte Bildung der Resonanten charakterisirt; sondern der Ausfall dieser der ganzen Vocalreihe als fixe Punkte dienenden Vocale muss auch zu Unsicherheit in der Articulation und weiteren Störungen Veranlassung geben.

H. BURGER.

141) **E. Maljutin. Die Bedeutung der Form des harten Gaumens als eines wichtigen Bestandtheiles des Resonators beim Singen. (Snatschenie formi twerdawo neba kak washnoi sostawnoi tschasti resonatora pri penii.)** Sonderabdruck der *Med. obosrenie. 1898.*

M. hat die Form des harten Gaumens bei 13 Sängerinnen in Gips abmodelliren lassen. Aus dem Verhältniss der Höhe desselben zur Krümmung will er für die Stimme wichtige Schlüsse abstrahiren. Je höher das Gewölbe des harten Gaumens, desto besser, leichter und dauerhafter die Stimme. M. glaubt nach der Gaumenbeschaffenheit im Verein mit laryngoskopischer Untersuchung im Stande zu sein, die Stimmlage zu bestimmen. Obgleich wir über die Resonanzverhältnisse noch im Ganzen wenig wissen, so dürfte doch diese Anschauung des Autors, dass er nach der Beschaffenheit des harten Gaumens über die Qualitäten der Stimme aburtheilen könne, zu optimistisch sein. Die Resonanz der Mundhöhle kommt erst in zweiter Linie in Betracht. Die wichtigere Rolle spielt die Pharynxhöhle, das Verhältniss des Kehlkopfes zu demselben und die Lage des Kehlkopfes.

P. HELLAT.

142) **Maria Ypes-Speet** (Amsterdam). **Etwas über Sprechen und Singen. (Jets over spreken en zingen.)** Amsterdam 1898.

Ein populäres aber sehr überzeugtes Plaidoyer für die von Frau Ypes-Speet seit Jahren gelehrte Sprechmethode, welche hauptsächlich darin besteht, die Patienten zu üben: 1. den Tonstrahl anstatt auf das Gaumensegel gegen den harten Gaumen zu richten; 2. für mehrere Consonanten (k, g, ch) den Articulationspunkt nach vorn zu verlegen; 3. mit reinem Abdominaltypus zu athmen. Hierdurch wird nicht nur die Stimme umfangreicher und schöner, sondern es wird auch bei Berufsrednern der Erkrankung der Halsorgane vorgebeugt, sowie bereits entwickelte, auf verkehrtes Sprechen zurückzuführende Halsleiden dauernd geheilt.

H. BURGER.

143) **Scheier** (Berlin). **Zur Anwendung der Röntgenstrahlen für die Physiologie des Gesanges.** *Allgem. med. Central-Zeitung. 37. 1898.*

Sch. zeigte, dass wir mit Hülfe der X-Strahlen im Stande sein werden, viele noch strittige Punkte über die Rolle des Zwerchfelles beim Singen, die früher mit den bisherigen Methoden gar nicht in Angriff genommen werden konnten, jetzt zur definitiven Erledigung zu bringen. So sind wir im Stande, die Frage der richtigen Athmung beim Singen, die zu Gunsten der Zwerchfellathmung lautet, direct physiologisch zu lösen.

SEIFERT.

144) **Goldenberg. Verhältniss zwischen dem Zustande des Kehlkopfes und dem Pfeifen. (Stosunek miadzy stanem krtani a gwizdaniem.)** *Medycyna. No. 14. 1898.*

Gestützt auf Beobachtungen in einigen Fällen von Kehlkopflähmung (Paresis

adductorum, Paralysis utriusque n. recurrentis) glaubt Verf., dass in pathologischen Processen des Kehlkopfes verbunden mit Alteration der Stimme auch eine Alteration im Acte des Pfeifens bestehe.

A. v. SOKOLOWSKI.

145) **M. Saenger. Ueber die Entstehung des Näselns.** *Pflüger's Arch. LXVI. 1897.*

Die als „näselnd“ bezeichnete Klangfarbe der Stimme kommt durch Resonanz der im Nasenrachenraum (nicht in der Nase) befindlichen Luft zu Stande; dabei ist erforderlich, dass das Eindringen der Schallwellen in die Mundhöhle (durch Hebung des Zungenrückens) verhindert ist.

A. ROSENBERG.

146) **Liebmann** (Berlin). **Näseln.** *D. ärztliche Praxis. 3. 4. 1898.*

Die Rhinolalia clausa wird durch einen Fall, die Rhinolalia aperta durch eine grössere Anzahl von Fällen illustrirt, wobei L. der verschiedenen Ursachen und der Behandlung durch den Spracharzt gedenkt.

SEIFERT.

147) **W. Posthumus Meyjes** (Amsterdam). **Sprechübungen bei der Behandlung des chronischen Larynxcatarrhs in Folge „verkehrten“ Sprechens. (Spreekoefeningen bij de behandeling van den chronischen larynxcatarrh, outstaan ten gevolge van „verkeerd“ spreken.)** *Geneesk. Bladen. V. No. 2.*

Der auf dem Niederländischen Congress gehaltene und bereits referirte Vortrag, dem diesmal einige ausführliche Krankengeschichten angehängt sind. Es sind dies sämmtlich Fälle von schwereren Stimm- und Sprachstörungen bei Berufsrednern (Predigern, Lehrern) und Sängern, welche, nachdem sie jeder localen Behandlung getrotzt, durch methodische Sprech- und Athem-Uebungen vollständig beseitigt wurden, und sich nach mehreren Jahren nicht wieder gezeigt haben.

H. BURGER.

148) **Redact. Notiz. Gegen Rauhigkeit der Stimme. (For roughness of voice.)**

Rp. Morphin. muriat.
Cocain. hydrochlor. ana 0,005
Tct. Aconiti gtt. 2
Pulv. rad. Althaeae 0,15
Sacch. albi q. s.
M. f. tab. No. 1. (Tägl. 10 Stück z. n.)

LEFFERTS.

149) **Liebmann** (Berlin). **Sigmatismus nasalis.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 12. 1898.*

In 2 Fällen von Sigmatismus nasalis (9jähr. Knabe und 18jähr. Fräulein) war auffallend, dass nur ss und s genäselt wurden, während das sch normal mit Mundstrom gebildet wurde, in einem anderen Falle (20jähr. Schlosser), dessen L. nur kurz Erwähnung thut, wurde hingegen nur das sch genäselt, während die eigentlichen S-Laute ganz normal waren. Die eigentliche Ursache des Sigmatismus nasalis besteht nur in einer Ungeschicklichkeit der Sprachorgane, die durch geeignete Behandlung behoben werden kann.

SEIFERT.

150) **Liebmann** (Berlin). **Ueber das Stottern.** *Der Kinder-Arzt. 5. 1898.*

Deckt sich im Allgemeinen mit dem im Jahrgang 1897, S. 433, referirten Aufsatze. SEIFERT.

151) **Feuilleton. Was ist Stottern?** *Wiener med. Blätter. No. 34.*

Historische Einleitung. Die jetzt übliche Eintheilung des Stotterns in Articulations-, Stimm- und Athmungsstottern hat eine gewisse Berechtigung. Recht ausführliche und interessante Arbeit. CHIARI.

152) **Cramer** (Brandenburg). **Ueber hysterisches Stottern.** Dissert. Würzburg 1898.

Ein 44jähriger Mann, bei welchem eine Reihe von hysterischen Erscheinungen nachweisbar waren, stotterte in eigenthümlicher Weise. Es machte ihm, gleichgiltig ob das Wort mit einem Vokal oder Consonant beginnt, nur der Beginn des Wortes Schwierigkeiten und er wiederholte oft die Anfangssilben; in der Mitte des Wortes oder am Ende wurden Wiederholungen von Buchstaben oder Silben niemals beobachtet, ebensowenig bestanden irgend welche Zuckungen im Gesicht oder in anderen Muskelgruppen. SEIFERT.

153) **Derevoge. Das Stottern und seine practische Behandlung. (Du begaiement et de son traitement pratique.)** *Thèse de Bordeaux. 1898.*

Verf., der 5 Fälle auf der Abtheilung von Prof. Pitres beobachtet hat, bespricht die Behandlungsmethoden von Guillaume, Chervin und Wyllie. Er kommt zu dem Schluss, dass es keine einheitliche Art der Behandlung für Stotterer giebt, sondern dass jeder Fall gesondert studirt und behandelt werden muss. Die Therapie hat vor allem die accessorischen Symptome zu bekämpfen, welche das Stottern einleiten, unterhalten und gelegentlich auch vortäuschen. E. J. MOURE.

154) **Westergaard** (Kopenhagen). **Von der Häufigkeit der Sprachgebrechen.** *Med.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. Januar 1898.*

Unter 34,000 Kindern in den Volksschulen Kopenhagens (17,347 Knaben, 16,653 Mädchen) hatten Sprachfehler 426 Knaben und 323 Mädchen, also 2,5 pCt. der Knaben, 1,9 pCt. der Mädchen, insgesammt für beide Geschlechter 2,2 pCt. Am häufigsten fand sich geschlossenes Näseln (289), darauf folgt Stottern (207), dann Stammeln (162), Lispeln (104), während offenes Näseln (28) und andere Sprachfehler (4) seltener waren. SEIFERT.

f. Schilddrüse.

155) **Brian. Anatomische und physiologische Untersuchungen über die Innervation der Schilddrüse. (Recherches anatomiques et physiologiques sur l'innervation du corps thyroide.)** *Thèse de Lyon. 1897.*

Die Schilddrüsennerven kommen hauptsächlich vom Halssympathicus (zweiter Herznerv und mittleres Ganglion) und bilden ein Geflecht um die Arterien. Einige Fäden kommen von den Kehlkopfnerven.

Im Innern der Drüse sind auseinanderzuhalten Gefässnerven, die der gewöhnlichen Vertheilung folgen, und glanduläre Nerven. Die letzteren umspinnen die Drüsenacini; ihre äussersten Verzweigungen gelangen bis an die äussere Fläche des Epithels. Ganglionäre Nervenzellen existiren im Innern der Drüse nicht.

Reizungen der Halsnerven lassen eine Veränderung in dem Zustand der Drüsenzellen nicht erkennen. Nur der Sympathicus erzeugt vasomotorische Effecte; nach Sympathicusdurchschneidung und nach Intoxication mit Pilocarpin ist die Drüse an der Seite der Verletzung stärker und intensiver gefärbt. A. CARTAZ.

156) **G. Moussu. Die Function der Thyreoidea. Experimenteller Cretinismus bei der Katze, beim Hunde und bei Vögeln. (Fonction thyroidienne. Crétinisme expérimental chez le chat, le chien et les oiseaux.)** *Société de Biolog. 23. Januar 1897.*

Verf. erinnert an seine früheren Versuche, aus denen hervorgeht, dass bei erwachsenen Thieren die Exstirpation der Schilddrüse ohne ersichtliche Folgeerscheinungen verläuft. Exstirpirt man mit der Schilddrüse aber gleichzeitig die Nebenschilddrüsen bei Hunden oder neugeborenen Katzen, so überleben die Thiere zwar, werden aber cretinistisch. Die Hunde bieten die myxoedematöse Form des Cretinismus dar, die Katzen die atrophische.

Das gleiche Resultat erhält man bei Vögeln, wenn man junge Thiere, die unter 3 Monate alt sind, operirt.

M. schliesst hieraus, dass die Function der Thyreoidea mit dem Wachsthum des Organismus in Verbindung steht. PAUL RAUGÉ.

157) **G. Moussu. Die Parathyroid-Function. (Fonction parathyroidienne.)** *Soc. de Biologie. 16. Januar 1897.*

M. berichtet über zahlreiche Versuche, aus denen hervorgeht, dass die thyroiden und die parathyroiden Gewebe zwei verschiedene Functionen ausüben. Die Ausschaltung der Thyroid-Function hat nur chronische Störungen zur Folge, die der Parathyroid-Function acute.

M. hat bei 55 Fleischfressern die Parathyroiddrüsen exstirpirt. 32 starben unter acuten Erscheinungen. Bei den 23 Ueberlebenden liess sich erweisen, dass die Operation unvollständig war. PAUL RAUGÉ.

158) **Alfred Exner. Kehlkopfnerven und die Functionen der Thyreoidea.** Aus dem physiol. Institut der Universität Wien. — *Pflüger's Arch. LXVII. 1897.*

Nach einseitiger Exstirpation der Thyreoidea und Durchschneidung der Nn. laryng. sup. et inf. der anderen Seite tritt bei Katzen Tetanie auf, die am stärksten ist, wenn beide Eingriffe gleichzeitig vorgenommen werden; sie stellt sich aber auch noch ein, wenn zwischen ihnen geraume Zeit verflossen ist; es handelt sich also nicht um Reizzustände der Schilddrüse. Weitere Versuche machten es wahrscheinlich, dass in der Versorgung der Schilddrüse mit Nerven individuelle Verschiedenheiten vorkommen, so dass bald der N. laryng. sup., bald der N. lar. inf. den überwiegenden Einfluss ausübt. Die Drüsen der operirten Katzen ent-

hielten etwas mehr Jod als die normalen; bei anderen Thieren zeigte sich nach der Operation keine Veränderung im Jodgehalt. A. ROSENBERG.

159) B. Schöndorff. **Ueber den Einfluss der Schilddrüse auf den Stoffwechsel.** Aus dem physiol. Institut in Bonn. — *Pflüger's Arch. LXVII. 1897.*

Sch.'s Versuche ergaben, dass die Fütterung mit Schilddrüse eine bedeutende Steigerung des Stoffwechsels bewirkt. Zunächst hat sie keinen Einfluss auf den Eiweissstoffwechsel, das gesteigerte Bedürfniss wird Anfangs durch Verbrauch des vorhandenen Körperfettes gedeckt; ist dieses auf ein gewisses Minimum gesunken, dann wird auch das Eiweiss angegriffen.

Nach dem Aussetzen der Schilddrüsenfütterung kehrt alles zur Norm zurück; eine erneute Darreichung der Schilddrüse bewirkt dann keine Steigerung der Stickstoffausscheidung. Ebenso wie beim Menschen die Menstruation, verursacht beim Hunde die Brunst eine Herabsetzung des Eiweissstoffwechsels.

A. ROSENBERG.

160) Edm. Wormser. **Experimentelle Beiträge zur Schilddrüsenfrage.** Aus dem Laboratorium der chir. Klinik von Prof. Kocher in Bonn. — *Pflüger's Archiv. LXVII. 1897.*

W. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu der Ansicht, dass die Schilddrüse die Aufgabe hat, einmal gewisse im Blute circulirende giftige Stoffwechselproducte in sich zurückzuhalten und dann aus dem Kreislaufe verschiedene Substanzen, unter anderen das Jod aufzustapeln und zur Neutralisation der vorhandenen Giftstoffe zu verwenden. Näheres s. Original. A. ROSENBERG.

161) R. Maresch (Prag). **Congenitaler Defect der Schilddrüse bei einem 11jähr. Mädchen mit vorhandenen „Epithelkörperchen".** *Prager Zeitschr. f. Heilkund. XIX. Bd. IV. Heft.*

Im beschriebenen Falle bestand durch 11 Jahre ein congenitaler vollständiger Defect der Schilddrüse. Im Zusammenhange mit diesem Defecte hat sich eine schwere Allgemeinerkrankung, die Cachexie pachydermique, eingestellt. Verf. kann nach seinen diesbezüglichen, eingehenden Untersuchungen nur jenen Autoren beipflichten, welche die äusseren Epithelkörperchen für constante, rudimentäre Organe halten, die in gar keinem eventuellen Zusammenhange mit der Schilddrüse stehen. CHIARI.

162) R. Jaeger. **Ueber Strumametastasen.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. Heft 3. 1897.*

J. hat aus der Litteratur mehrere Fälle von Metastasen maligner Strumen zusammengestellt, in denen sich Schilddrüsengewebe vorfand; und andere, bei denen die Metastasen scheinbar benigner Strumen Carcinomgewebe enthalten. Weiter handelt es sich um Fälle, bei denen es fraglich erscheint, ob die Struma benigner oder maligner Natur war, oder ob die Metastasen neben Kropf- auch Krebsgewebe enthalten haben. Schliesslich erwähnt er die Fälle, in denen die Metastasen benigner Strumen kein Krebsgewebe erkennen liessen. Einen derartigen

Fall aus der Krönlein'schen Klinik beschreibt J.; es handelte sich um eine benigne strumöse Lendenwirbelsäulenmetastase.

Am häufigsten sind die Knochen- und Lungenmetastasen; erstere wachsen sehr langsam. Das weibliche Geschlecht ist procentualiter viel stärker betheiligt.

A. ROSENBERG.

163) **Holzmann** (Ostrowo). **Ein Fall von Struma cystica ossea mit Fistelbildung.** Dissert. Würzburg 1896.

Bei einer 46jährigen Bauersfrau wurde eine Struma cyst. op., die ohne nachweisbare Ursache theilweise vereitert war und nach aussen einen Durchbruch gegeben hatte, von Schönborn mit bestem Erfolge operirt.

SEIFERT.

164) **Heizo Inowe** (Osaka-Japan). **Ein Fall von Morbus Basedowii durch die partielle Exstirpation der Thyreoidea geheilt.** *Tokio Isischinschi. November 1897.*

Verf. konnte bei einem Patienten, der seit 5 Jahren an Herzpalpitationen, Exophthalmus und Struma litt, 5 Wochen nach Exstirpation der rechten Schilddrüsenhälfte das Fehlen obiger Symptome constatiren.

OKADA.

g. Oesophagus.

165) **J. Schaffer** (Wien). **Epithel und Drüsen der Speiseröhre.** K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 22. 1898.*

Rein histologische Arbeit.

CHIARI.

166) **Rosenfeld** (Breslau). **Zur Diagnostik des Oesophagusdivertikels.** *Centralblatt f. innere Medicin. 29. 1898.*

Bei der bioskopischen Aufnahme benutzte R. eine unten offene Schlundsonde, durch welche ein dünnes Gummirohr geführt war, welches am Ende eine ca. 10 cm lange Blase aus Condomgummi trug. Die Condomblase wurde über die Sonde doppelt gelegt heraufgezogen eingeführt, dann mit der Spritze Luft eingeblasen. Dabei hob sich von dem schwarzen Hintergrunde des Herzschattens die helle Luftblase trefflich ab und man konnte durch Emporziehen der Sonde die Stelle gut erkennen, wo der aufgeblasene Ballon an die vordere normale Oesophaguswand anstiess.

SEIFERT.

167) **Ebstein** (Wien). **Verätzung des Oesophagus mit Aetzlauge.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 27. Mai 1898. — *Wien. klin. Wochenschrift. No. 22. 1898.*

3jähriges Mädchen. Nicht einmal die dünnste Saite konnte durchgeführt werden. Trotz des zarten Alters wurde mit angepasstem Instrumentarium die Endoskopie der Speiseröhre ausgeführt. Erweiterung der Strictur mit Laminariastiften.

CHIARI.

168) **Lannois. Syphilitische Verengerung der oberen Partie des Oesophagus; Behandlung mit der Jaboulay'schen Sonde. (Retrécissement syphilitique de la**

partie supérieure de l'oesophage. Traitement par la sonde de Jaboulay.) *Bull. et mém. d. l. Soc. franç. de laryngol. Tom. XIII. 1897.*

Die initiale Affection liegt 4 Jahre zurück. Die Verengerung sitzt an der Vereinigung des Rachens und des Oesophagus. Verf. dilatirte sie zum ersten Male mit einer Röhre, die einen mit Luft aufzublasenden Ballon enthielt, ähnlich der Trendelenburg'schen Canüle.

E. J. MOURE.

169) **Ino H. Larkin. Carcinom des Oesophagus auf die Trachea und die Vena subclavia übergreifend. (Carcinoma of the oesophagus with involvement of the trachea and subclavia vein.)** *N. Y. Med. Record. 21. Mai 1898.*

Bemerkenswerth sind an L.'s Fall 1. die Kleinheit der primären Geschwulst am Oesophagus und ihre grosse Ausdehnung rund um die Trachea; 2. das Ergreifen der Vena subclavia durch directes Fortwuchern der Geschwulst, wodurch die Möglichkeit der Ausstreuung von Metastasen auf der Blutbahn gegeben ist; 3. der geringe Symptomenbefund intra vitam im Vergleich zu der Schwere des Sectionsbefundes und 4. die Thatsache des plötzlichen Todes durch mechanisch erzeugte Asphyxie.

LEFFERTS.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Handbuch der Laryngologie und Rhinologie** herausgegeben von **P. Heymann.** Wien 1896/98. Alfred Hölder. (Fortsetzung.)

Ph. Schech: Allgemeine Aetiologie der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Ph. Schech: Symptomenlehre der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre.

E. Bloch: Allgemeine Semiotik der Rachenkrankheiten.

E. Bloch: Allgemeine Semiotik der Nasenkrankheiten.

M. Hajek: Eiterung und Ulceration in der Nase. Differentielle Diagnostik derselben.

C. Stoerk: Allgemeine Therapie. Arzneimittel- und Operationslehre (der Kehlkopfkrankheiten).

E. Bloch: Allgemeine Therapie der Rachenkrankheiten.

E. Bloch: Allgemeine Therapie der Nasenkrankheiten.

Mit Freude begrüssen wir das kleine aber gediegene Kapitel über die Allgemeine Aetiologie der Krankheiten des Kehlkopfes. (Warum nicht auch des Rachens und der Nase?) Unsere Klassiker hatten an erster Stelle für die mit dem neuerfundenen Kehlkopfspiegel errungenen Ergebnisse ein offenes Auge und man wird in ihren Handbüchern ein Hauptstück über die allgemeine Aetiologie vergeblich suchen. Die Schech'sche Bearbeitung schildert in grossen Zügen den Einfluss der äusseren Luft mit ihren thermischen, chemischen,

mechanischen Schädlichkeiten, die Gefahren unzweckmässiger Lebensweise, sowie die verschiedenen Wege, auf welche von anderen Organen aus, oder bei allgemeinen Leiden im Kehlkopf Erkrankungen erzeugt werden. Unter diesen ist der seltnere Weg durch die Luftröhre nach oben, der z. B. bei der Tuberculose nicht ohne Bedeutung ist, wohl unabsichtlich unerwähnt geblieben. Der für unser Thema so wichtige und „immer noch nicht ganz durchsichtige" Vorgang bei der Erkältung erklärt sich nach Verf. am besten aus der Reflextheorie. Ref. hätte in diesem Zusammenhang gern der Autoinfection eine Rolle zugeschrieben gesehen. Ueberhaupt dürfte es ein wenig unmodern scheinen, dass in dieser ganzen Bearbeitung die niederen Organismen als Krankheitserreger mit keiner Silbe erwähnt worden sind.

Auch wäre in diesem grossen Handbuche ein eignes Kapitel über die Flora der oberen Luftwege wohl am Platze gewesen.

Die Symptomenlehre der Kehlkopfkrankheiten ist in erschöpfender Weise behandelt worden. Den „allgemeinen Störungen", denen der Schmerz und sonstige abnorme Empfindungen angehängt sind, folgen drei schöne Kapitel: über die Veränderungen der Stimme, die Störungen der Athmung und den Husten. Besonders lesenswerth ist letztgenanntes Capitel, welches die engen Grenzen des Kehlkopfhustens in dankenswerther Weise nach jeder Richtung überschreitet. Die Resultate der auf Anregung Fr. Nasse's unternommenen, grundlegenden Krimer'schen Untersuchungen über die Ursachen des Hustens sind ausführlich wiedergegeben und die vielen Körpertheile, von welchen Husten erregt werden kann, mit voller Berücksichtigung der Literatur erörtert worden. Die Arbeit schliesst mit einem Abschnitt über den Auswurf incl. Blutung und wird die allgemeine Regel aufgestellt, „dass grössere, den Inhalt eines Theelöffels übersteigende Blutmengen, ohne vorausgegangene operative Eingriffe nicht aus dem Kehlkopfe oder der Luftröhre, sondern aus der Lunge stammen".

Die beiden Bloch'schen Arbeiten über die Semiotik der Rachen- und der Nasenkrankheiten verbinden in glücklicher Weise Knappheit und Vollständigkeit. Der Reihe nach bespricht Verf. die Veränderungen der Secretion, der Sensibilität und der Motilität des Rachens, sodann unter den secundären Symptomen von Pharynxkrankheiten zuerst die Alterationen des Geruchs und des Geschmackes. Die Schilderung der secundären Gehörstörungen in ihrer fortschreitenden Entwicklung ist eine ganz gelungene. Auch sind die verschiedenen, in Folge von Nasen- und Rachenaffectionen entstehenden Abarten der Sprache hier viel schärfer wie in den meisten Handbüchern definirt worden. Uns fehlt noch eine genaue acustische Analyse der nasalen Stimme; sie habe von der Bestimmung und Vergleichung der Obertöne auszugehen. Ausführlich wird die Entstehung des Stotterns auf Grund der verschiedenen Mandelhyperplasien besprochen. Am längsten verweilen wir bei den Störungen der Athmung. Mit gutem Rechte beruft sich in diesem Abschnitt der Verf. wiederholt auf seine ausgezeichnete Monographie über die Mundathmung aus dem Jahre 1889. Sowohl für die Diphtherie, wie für den Keuchhusten betrachtet er die Mundathmung als ein wesentlich prädisponirendes Moment. Den Zusammenhang zwischen Asthma und Mundathmung erklärt Verf. in einfach mechanischer Weise und bilden die nächtlichen

Respirationsstörungen der Mundathmer die Frühformen des nasalen Asthma. Hervorzuheben ist der Abschnitt über den Foetor der oberen Luftwege. Ref. ist unglücklicher als der Verf. gewesen, welcher einen Foetor aus galvanokaustischen Brandschorfen in der Nase niemals wahrgenommen hat. Specielle Abschnitte sind den secundären Störungen des Sehorgans und den bei Nasenleiden vorkommenden Störungen der geistigen Thätigkeit gewidmet. Zur Erklärung der nasalen Aprosexie neigt Verf. mehr der Zarniko'schen Anschauung, nach welcher die Aprosexie eine durch die Nasenbeschwerden unterhaltene Neurasthenie ist, als der Guye'schen Lymphstauungshypothese zu.

Warum die Eiterung und Ulceration in der Nase von der Allgemeinen Semiotik getrennt und in einem abgesonderten Capitelchen von 14 Seiten von einem andern Autor besprochen worden sind, ist Ref. durchaus nicht klar, um so weniger, weil alles hier Gesagte im speciellen Theil des Buches eine andermalige eingehende Besprechung erhalten muss. Diese Bemerkung trifft selbstverständlich nicht den Bearbeiter dieser Seiten, welcher seine Aufgabe in verdienstlicher Weise gelöst hat. Namentlich ist die differentielle Diagnostik der traumatischen, tuberculösen und syphilitischen Ulcerationen hervorzuheben.

Der durchaus persönliche Character des Stoerk'schen Aufsatzes über die allgemeine Therapie der Kehlkopfkrankheiten verleiht demselben einen besonderen Reiz. In lebendiger Weise schildert er uns, wie der Glaube, dass ein endolaryngealer Eingriff Glottiskrampf und Erstickungstod herbeiführen müsse, den Feuereifer der ersten Laryngoskopiker lähmte und welches Wagniss es war, als er es unternahm, ein Geschwür der Regio arytaenoidea mit Lapis zu ätzen. Interessant ist die Aenderung, welche die Einführung des Cocain in die endolaryngeale Operationstechnik verursachte, weil ja vordem bei der Operation auf das reactive Aneinanderpressen der Stimmbänder gerechnet war.

Sehr richtig scheinen Ref. die Auseinandersetzungen des Verf. über die klimatische Therapie, ein Gegenstand, der noch gar nicht erschöpfend studirt ist. Die günstig veränderte Lebensweise betrachtet Verf. bei den Klimacuren als den eigentlichen Heilfactor. Auch die Hydrotherapie, Bäder- und Trinkcuren und die Application feuchter Wärme werden eingehend besprochen.

Wenn Ref. somit die Lectüre dieser ganzen Arbeit wärmstens empfiehlt, so kann er nicht umhin festzustellen, dass die subjective Auffassung des Stoffes den Anforderungen eines grossen repräsentativen Handbuches nicht völlig entsprechen dürfte. Viele bedeutende Sachen (z. B. die ganze Dilatationsbehandlung, die Intubation, die Massage, sämmtliche äussere Operationen am Kehlkopfe) sind nicht einmal genannt, andere gar zu kurz abgehandelt worden. Es steht denn auch das von E. Littaur, „auf den Wunsch des Herrn Prof. Stoerk, unabhängig von der vorstehenden Arbeit“ angefertigte, verdienstvolle, fast 600 Titel zählende Literaturverzeichniss zu der Arbeit selbst in gar keinem Verhältniss.

Wenn auch in den Capiteln der allgemeinen Therapie der Rachen- und der Nasenkrankheiten nichts Wesentliches übergangen worden ist, so kann denselben dennoch eine zu grosse Breite sicher nicht vorgeworfen werden. Namentlich dürfte die „Allgemeinbehandlung“ nicht jeden Wissbegierigen befriedigen. Mit Recht hebt Verf. die Bedeutung der Zahnpflege für die Prophylaxe

der Pharynxkrankheiten hervor. Nachdrücklich befürwortet er das nicht allgemein genug gewürdigte Ausspritzen des Rachens, welches nach seinen Erfahrungen bei allen Inhalationsinfectionen, namentlich bei der Pharynx-Diphtherie von vortrefflicher Wirkung auf den Verlauf und den Ausgang vieler Fälle ist. Weniger günstig ist sein Urtheil über die Vibrationsmassage, deren therapeutischer Werth ihm noch fraglich erscheint. Im Abschnitt der Prothesen betont er, dass alle Respiratoren, welche nicht die Nasenathmung zur Voraussetzung haben, zu verwerfen sind, und dass die Indication für diese Apparate dann gegeben ist, wenn der vorher verstopfte Nasenluftweg frei gemacht und dann als Gewohnheit die Mundathmung zurückgeblieben ist. Mit Vorliebe bespricht Verf. die electrischen (galvanokaustische und electrolytische) Behandlungsmethoden.

Amsterdam, October 1898. H. Burger.

---

b) Sitzungsberichte der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte.

V. Sitzung vom 15. October 1897.

Vorsitzender: v. Navratil.
Secretär: Polyák.

1. v. Navratil: Deviation und Spina der Nasenscheidewand.

Pat., ein 17jähriger Buchhalter, hat schon seit seiner Jugend eine schiefe Nase und links keine Luft. Seit 3—4 Jahren links totale Verstopfung. Die Deviation des Patienten wurde in Wien 2mal, das erste mal galvanokaustisch, das zweitemal mittelst der Säge operirt. Die Anfangs gebesserte Lagerung des Septums verkrümmte sich baldigst wieder nach der Operation. Nase schief, der knöcherne Theil ist nach links, der knorpelige nach rechts verbogen. Der linke Nasengang wird 5 mm weit vom Introitus durch die halbkugelige Vorwölbung der Scheidewand, welche hier die untere Muschel vollkommen bedeckt, gänzlich versperrt. Rechter Nasengang entsprechend erweitert. Choanen frei. Chronischer Rachen- und Kehlkopfcatarrh. Pat. schläft bei offenem Munde.

Operation am 5. October in Chloroformnarkose. Die linke Nasenhöhle wird durch einen bis zum Nasenbein reichenden paramedianen Schnitt mit der Scheere eröffnet; es zeigt sich nun, dass die Scheidewand nicht nur verbogen ist, sondern dass noch am hinteren Winkel der Cartilago quadrangularis eine horizontal gelagerte, scharfkantige, hartknorpelige, mächtige Leiste besteht, welche die äussere Wand berührt. Schleimhaut und Perichondrium werden abpräparirt, die Leiste mit einem elliptisch geführten Schnitte in horizontaler Richtung, die verbogene Scheidenwand aber mit senkrechter Schnittführung resecirt. Tamponnade. Vernähen der Wunde. Heilung per primam. Entfernung der Nähte und Tamponwechsel am 7. October. Die linke Nasenhälfte ist nun total luftdurchgängig. Die Nasenscheidewand vollkommen normal. Patient schläft mit geschlossenem Munde.

Rachen- und Kehlkopfcatarrh in Rückbildung. Vortragender ist der Meinung, dass so complicirte Fälle mit hochgelagerter Leiste und unterhalb liegender grosser Deviation auf rhinochirurgischem äusserem Wege erfolgreich resecirt werden können.

2. v. Navratil: Grosser Kehlkopfpolyp.

Der 48 Jahre alte Taglöhner ist seit 3 Jahren heiser. Die zunehmende Heiserkeit hat sich letzterer Zeit mit Erstickungsanfällen complicirt.

Unter der vorderen Commissur ist eine beinahe pflaumengrosse, doppellappige, blass-grauröthliche, an der Spitze etwas belegte, breitgestielte Geschwulst sichtbar, welche sich bei der Exspiration über das rechte Stimmband erhebt, bei der Inspiration in die Rima glottidis aspirirt wird. Die Stimme ist heiser, die Athmung momentan frei. Die Stimmbänder injicirt, ihre Beweglichkeit normal.

Es handelt sich in diesem Falle um einen selten grossen, benignen Polypen. Ob Fibrom, ob Schleimhautpolyp, lässt sich momentan nicht feststellen. Die Entfernung ist nach der Ansicht des Vortragenden bei einem so mächtigen Tumor nur durch Laryngofissur möglich vorzunehmen.

In der Discussion stimmt Baumgarten sowohl bezüglich der Diagnose, als auch der Operation der Meinung des Vortragenden bei. Polyák meint, es könne sich auch um eine Tuberculose oder auch um eine maligne Geschwulst handeln. Dieser Ansicht widersprechen Paunz, Zwillinger. v. Navratil betont nochmals, dass es sich nur um eine benigne Geschwulst handeln kann, deren genaue histologische Beschaffenheit nach der Entfernung festgestellt werden wird.

3. Baumgarten: Siebbeinzellenempyem mit Orbitalabscess.

Die 12jährige Patientin litt vor zwei Jahren an Scharlach. Seit einem Jahre besteht eine schmerzhafte Hervorwölbung im linken vorderen oberen Augenwinkel. Darüber ist die Haut geröthet. Die bohnengrosse Geschwulst fluctuirt. In der linken Nasenhöhle sieht man das vordere Ende der mittleren Muschel mit normaler Schleimhaut bedeckt, jedoch den Knochen blasig aufgetrieben. Nach Eröffnung des Knochenabscesses konnte man mit der Sonde in eine mit Eiter und Granulationen gefüllte Höhle gelangen. Als man nun auf die Orbitalgeschwulst drückte, verschwand diese langsam und der Eiter entleerte sich durch die Höhle in die Nase. Die Höhle wird offen gehalten und entleert nach 3 Monaten nur mehr wenig Secret. Nebenhöhlen-Empyeme kommen im Kindesalter nicht sehr häufig vor, werden aber nach Scharlach, Influenza öfter beobachtet.

4. Polyák: Septumresection.

P. demonstrirt ein Präparat, welches von einer mit Leistenbildung complicirten Septumdeviation stammt. Das Knorpelstück wurde mit der Säge entfernt und ist $2^1/_2$ cm lang und 1 cm hoch.

5. Fuchs: Pemphigus vulgaris mucosae nasi, oris, pharyngis, laryngis, genitalium cutisque.

Patientin, 47 Jahre alt, verheirathet. Mutter von 3 Kindern, von welchen

eines an Tuberculose starb, die anderen schwächlich. Vor 20 Jahren abortirte sie 2mal. Lues nicht nachweisbar. Jetziges Leiden begann vor 4 Monaten ohne Fieber mit Mund- und Rachenschwellungen, Sprach- und Schlingbeschwerden. Später gesellten sich Heiserkeit und Erstickungsanfälle hinzu. Bald darauf zeigten sich Blasen-Ausschläge beiderseits unter der Brust- und der Lumbalgegend; später eine grosse Blase oberhalb des rechten Ellbogengelenkes.

Die Frau ist anämisch, herabgekommen. Lungen und Herz normal. Die Nasenschleimhaut geröthet, am Nasenflügel exocriirt und leicht blutend. Die Excoriationen fliessen in einander, doch sieht man hie und da auch linsengrosse Excoriationen. Auf der unteren Lippe je eine längliche, bohnengrosse, über das Niveau mit 3 mm prominirende, graulich-weisse Blase. Blasendecke nicht prall gefüllt. Das Zahnfleisch geröthet, geschwollen. Zunge stark belegt und an den Rändern linsen- bis erbsengrosse, scharf abgegrenzte Excoriationen.

Die Basis der Excoriationen bildet das stark geröthete Corium. An der Wangenschleimhaut sind die Abdrücke der Zähne gut sichtbar, auf einigen Stellen excoriirt. Die Gaumenbögen und Uvula geschwollen, blutroth gefärbt, am harten Gaumen neben einander gereihte hirsekorngrosse, scharf abgegrenzte Blasen mit wasserreinem, durchsichtigem Inhalte. Der Mund verbreitet einen penetranten Geruch. Am Kehldeckel ähnliche Blasen, doch mit graulich getrübtem Inhalte. Dieselben Veränderungen an den Aryknorpeln. Stimmlippen etwas geschwollen und geröthet.

Unter der Mamma beiderseits, entsprechend der Furche, welche durch die Mamma und den Brustkorb gebildet wird, hand- bis tellergrosses, scharf abgegrenztes excoriirtes, rothes Feld, an den Rändern mit neugebildeter Epidermis. In der Lumbalgegend beiderseits stark disseminirte bohnen- bis taubeneigrosse Excoriationen, am Rande derselben die Fetzen der geplatzten Blasen. Oberhalb des rechten Ellbogengelenkes eine $2^1/_2$ cm breite, runde $3^1/_2$ mm über das Niveau hervorragende Blase mit grauer Decke.

Um die Genitalien und Anus theils schon geplatzte, theils noch ganze mohnkorn- bis linsengrosse glänzende Blasen, deren Inhalt gelbliches, wenig getrübtes Serum bildet. Die Basis der geplatzten Bläschen bildet das Corium. Der Process erstreckt sich auch auf die kleinen Schamlippen, Introitus vaginae frei.

Urin von 24 Stunden 300 ccm, specifisches Gewicht 1015, sauere Reaction, ohne Zucker und Eiweiss. Nach einer Sedimentirung 1—2 Blasenepithelien.

In Folge der Schlingbeschwerden ist die Nahrungsaufnahme sehr erschwert und reducirt sich trotz Cocainisirung bloss auf flüssige und höchstens auf halbflüssige Speisen. Die excoriirten Stellen verursachen heftiges Prickeln und Brennen. Schlaflosigkeit, Mangel an Esslust brachten die Kranke sehr herunter.

Therapie: Roborirend, als Mundwasser 2proc. Borlösung mit Aq. amygd. amar.; locale Bepinselung mit Cocainlösung.

Die excoriirten Stellen der allgemeinen Decke werden mit Borsalbe bedeckt. Auf die Genitalien sind Umschläge von Burow'scher Lösung (1 : 3 Wasser) verordnet worden.

Patientin blieb nach der Vorstellung auch weiter unter unserer Beobachtung (Klinik des Prof. v. Navratil). Die immer frisch, diffuse auftretenden Blasen,

Schlaflosigkeit, die durch die Mund- und Schlundgeschwüre erschwerte Nahrungsaufnahme und die zuletzt aufgetretenen profusen Diarrhoen brachten die Kranke zusehend herab, bis sie erschöpft am 31. December 1897 verschied. Obduction nicht gestattet.

VI. Sitzung vom 11. November 1897.

Vorsitzender: v. Navratil.
Secretär: Polyák.

1. v. Navratil: Kehlkopfpolypp, durch Laryngofission entfernt.

Pat. ist in der vorigen Sitzung vorgestellt worden, der beinahe pflaumengrosse Kehlkopfpolyp, welcher unter dem vorderen Theile des rechten Stimmbandes sass, ist nach Spaltung des Kehlkopfes ohne Tracheotomie mit einem Scheerenschnitte entfernt worden. Pat ist seitdem schon geheilt entlassen worden und verreist. Es handelte sich um einen Schleimpolyp. Pat. wurde mit intactem Kehlkopf entlassen. Nur das rechte Stimmband war mässig geröthet. Die Stimme hell und klar.

2. v. Navratil: Multiple Papillome durch Laryngofission entfernt.

Bei dem 47 Jahre alten Pat. ist schon vor 16 Jahren die Diagnose Kehlkopfgeschwulst gestellt worden, er kümmerte sich aber trotz der heiseren Stimme wenig darum, bis vor 4 Wochen Athemnoth auftrat. Unter dem linken Stimmbande sass eine haselnussgrosse papillomatöse Geschwulst, welche bei der Exspiration in die Rima glottidis kommt und dieselbe fast gänzlich versperrt. Ein anderes Papillom sass unter dem hinteren Theile des rechten Stimmbandes. Am 2. November 1897 Laryngofission ohne Tracheotomie; es wurden ausser den erwähnten Papillomen noch 2 kleinere entfernt. Vortragender entfernte auch in diesem Falle — wie in allen ähnlichen früheren Fällen — die unterliegende Schleimhaut. Seitdem (17. Februar 1898) ist die Stimme hell und rein, Kehlkopf normal. Keine Recidive.

3. v. Navratil: Fall von Laryngitis fibrinosa.

Pat. leidet seit einigen Tagen an Schlingbeschwerden. Mundhöhle frei, Rachen und Kehlkopf injicirt. Auf dem rechten Aryknorpel eine von einem rothen Hofe umgebene, unregelmässige, dreieckige, 10pfennigstückgrosse fibrinöse Auflagerung. Seit dem Auftreten der streng harten Witterung ist dies schon der zweite derartige Fall, den Vortragender beobachtete. Es ist überhaupt augenscheinlich, dass, so oft die kalte Witterung plötzlich auftritt, Fälle von Laryngitis fibrinosa häufiger werden. Das Leiden kommt in circumscripter Form recht selten vor.

4. v. Hultl: Fall von knöcherner Nasenplastik.

Pat ist schon in der IV. Sitzung demonstrirt worden. Jetzt, nachdem der Lappenstiel durchschnitten und einige Verbesserungen vorgenommen wurden, ist

die nachgebildete Nase viel schöner. Die Nase hat jetzt ein normales Profilniveau, die bedeckende Haut ist der dem Gesichte ganz gleich und das Resultat kann auch vom kosmetischen Standpunkte kaum bemängelt werden.

VII. Sitzung vom 25. November 1897.

Vorsitzender: v. Navratil.
Secretär: Polyák.

1. Paunz: Ueber die Operation gutartiger Kehlkopfgeschwülste.

Vortragender referirt über Kehlkopfgeschwülste, welche in den letzten zwei Jahren (1. November 1895 bis 1. November 1897) auf der II. chirurgischen und laryngologischen Abtheilung des St. Rochusspitals zur Beobachtung kamen; anschliessend bespricht er deren auf der Abtheilung usuellen Behandlung. Es meldeten sich während obiger Zeit ambulatorisch 19 an Kehlkopfgeschwülsten leidende Kranke, grösstentheils mit kleineren Papillomen und Polypen. Auf der Abtheilung wurden 23 Kranke verpflegt.

Von diesen litten 8 an Carcinom, bei 10 waren Papillome, bei 5 Polypen im Kehlkopfe. Die Carcinome werden nicht besprochen; hingegen referirt P. eingehend über Papillome und Polypen. Von den Papillomen kam bei 5 Fällen, von den Polypen bei 2 Fällen die Laryngofission zur Entfernung der Geschwülste in Anwendung. Die Operationen wurden von Prof. v. Navratil nach seiner Methode ausgeführt, nämlich ohne Narkose und in 3 Fällen auch ohne präparative Tracheotomie. In allen 7 Fällen konnte die Geschwulst leicht und gründlich entfernt werden. In 4 Fällen musste vorher die Tracheotomie gemacht werden. Bei zwei Kranken (ein 2jähriges Mädchen und ein 57jähriger Landwirth) konnte die Canüle nicht mehr entfernt werden. Es handelte sich in beiden Fällen um Papillome sehr grosser Ausbreitung. In allen übrigen Fällen wurde endolaryngeal operirt.

S. bespricht sodann das gebräuchliche Vorgehen. Er hält an dem Standpunkte des Prof. v. Navratil's fest, d. h. in jedem Falle muss die radicale Entfernung auf dem kürzesten Wege angestrebt werden. Ist dies auf endolaryngealem Wege möglich, dann auf diese Weise; können wir so auf Erfolg (bei sehr grosse Athemnoth verursachenden oder multiplen Papillomen) nicht rechnen, so ist die Laryngofission am Platze.

Die Laryngofission ist weder als ein schwerer, noch als ein gefährlicher Eingriff zu bezeichnen. Sie birgt, nach Prof. v. Navratil's Methode ausgeführt, keine Nachtheile; der Hauptvortheil der Operation besteht darin, dass der Kranke ohne längere Vorbereitung durch eine einzige Operation von seinem Leiden radical befreit werden kann.

2. Polyák: Fall von circumscriptem Larynxoedem.

Die 26jährige Patientin hat im Halse das Gefühl von Kratzen und Trockenheit. Die einzige nachweisbare Veränderung besteht in dem Oedem des linken Lig. aryepiglotticum. Eine Entzündung in der Umgebung ist nicht nachweisbar,

die Anschwellung schmerzt nicht und die Larynxmotilität ist intact. Aetiologie unklar; Perichondritis, Leukämie, Diabetes und Nephritis können ausgeschlossen werden. P. meint, dass irgendwo in einem adenoiden Follikel des Zungengrundes ein versteckter Eiterherd existirt, welcher zu collateralem Oedem führte.

3. **Irsai: Fall von geheiltem Gumma der Zunge.**

Bei dem 45 Jahre alten Manne war an dem hinteren Drittel der Zunge in der Mittellinie ein thalergrosses, mit schmutzig gelblich-schwarzem Belage bedecktes Geschwür, mit aufgeworfenen, zerfetzten Rändern sichtbar. Pat. stellte jede Infection in Abrede und konnte auch keine Spur davon nachgewiesen werden. Trotzdem musste die Diagnose auf Syphilis gestellt werden. Die Therapie (Jodkali mit Schmierkur) rechtfertigte die Diagnose. Nach 3 Wochen war das Geschwür verheilt.

4. **Grovik: Fall von Sarcoma veli palatini.**

Die 43jährige Frau leidet seit einigen Monaten an Halsschmerzen und Schluckbeschwerden. Später gesellten sich Drüsengeschwülste hinzu. Eine antiluëtische Kur blieb ohne Erfolg. Stat. praes. am 5. November 1897 ist folgender: Mittelgrosse, abgemagerte Frau. Blasse Gesichtsfarbe. Unter dem rechten Unterkiefer ein hühnereigrosses Paket vergrösserter Lymphdrüsen. Foetor aus dem Munde. Uvula und der freie Rand des weichen Gaumens fehlen. Letzterer substituirt durch ein flaches, nach oben halbkreisförmig begrenztes und bis zum harten Gaumen reichendes Gebilde, dessen unterer, freier, auf das 2—3fache des normalen Volums verdickter Rand exulcerirt, dick, speckig, schmutzig-gelblich belegt ist. Zu beiden Seiten geht das Gebilde auf die Tonsillen über. Linke Choane durch eine Geschwulstmasse ausgefüllt. Kehlkopf normal. Am Halse und Nacken überall zahlreiche derbe Lymphdrüsen. Die Diagnose wurde auf ein malignes Neoplasma gestellt. Ein ausgeschnittenes Stück der Geschwulst wurde mikroskopisch untersucht und es stellte sich heraus, dass es sich um ein Sarkom handelte.

v. Navratil.

IV. Briefkasten.

Berichtigung.

In dem Rechnungsabschluss für das Meyer-Denkmal war der in Deutschland gezeichnete Betrag mit 2023,73 Kr. aufgeführt. Dr. Schmiegelow ist von dem Schatzmeister des deutschen Comités darauf aufmerksam gemacht worden, dass der Betrag sich auf 2123,73 Kr. beläuft, und seinem Wunsche gemäss berichtigen wir den Irrthum.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, Februar. 1899. No. 2.

I. Referate.

a. Parotis, Medicamente, Allgemeines.

1) **Jonathan Wright. Kritischer Bericht über die neuere laryngologische und rhinologische Literatur. (Some critical and desultory remarks on recent laryngological and rhinological literature.)** *N. Y. Medical Journal. 4. Juni 1898.*

Die 7. Folge der lesenswerthen Kritiken, in denen Wright die laufende laryngo-rhinologische Literatur bespricht.

Diesmal sind es vornehmlich 2 Themen, die ausführlich abgehandelt werden, die Operation des Kehlkopfkrebses, über die B. Fränkel, Semon und Gluck zu Worte kommen, und die ewig junge Streitfrage der Abductorenlähmung, die Grossmann wieder angeschnitten hat. Grossmann's Arbeit, Semon's Antwort und Grabower's Beitrag werden in knapper, aber klarer Weise wiedergegeben.

LEFFERTS.

2) **S. Infield. Traumatische Parotitis. (Traumatic parotitis.)** *British Medical Journal. 10. September 1898.*

3 jähriger Knabe fiel auf einen Stock, der in die Backe eindrang. Die geschwollene Drüse war nach dem Munde zu vorgewölbt.

ADOLPH BRONNER.

3) **Forchheimer** (Würzburg). **Ein Beitrag zur Kenntniss der Geschwülste der Ohrspeicheldrüse.** Dissert. Würzburg 1897.

Beschreibung eines in der Parotis seltenen reinen Angioms.

SEIFERT.

4) **van Niessen** (Wiesbaden). **Die Actinomyces-Reincultur.** *Virchow's Archiv. Bd. 150. p. 482.*

Der Verf. legt in längerer Ausführung dar, dass infolge „mangelhafter Sachkenntniss der mykologischen Culturtechnik“ und aus ähnlichen schwerwiegenden Gründen sämmtliche früheren Autoren die Reincultur des Actinomyces nicht in

Händen hatten. Verf. züchtete den Actinomycespilz auf Bierwürzgelatine. Er schildert den „fast unbeschreiblichen Formenreichthum“ desselben und reiht ihn der Species „Cladosporium“ ein. Ein näheres Eingehen auf die N.'schen Befunde erübrigt schon deshalb, weil er „vor der Hand von Impfungen Abstand genommen“ hat, da er „das Postulat einer künstlichen Erzeugung von Actinomycose aus Reinculturen nicht für ein unbedingt unerlässliches Argument eines Identitätsnachweises“ hält.

F. KLEMPERER.

5) **Max Wolff** und **James Israel. Zur Actinomyces-Frage.** *Virchow's Archiv. Bd. 151. p. 471.*

Die Verff. zeigen im Einzelnen, dass v. Niessen's Beitrag zur Actinomyces-Frage auf derselben Höhe steht, wie desselben Autors Parasitenbefunde bei Syphilis, Krebs etc. Die Verff. erörtern dann die Frage der Unität der Actinomycose und kommen zu dem Resultat, dass man dieselbe „bis auf Weiteres als eine einheitliche und eigenartige Krankheit ansprechen“ und sich „gegenüber der Multiplicität der Krankheitserreger ablehnend verhalten“ müsse.

F. KLEMPERER.

6) **Wreden. Cocain in der gegenwärtigen Chirurgie. (Kokain id sowremennoi chirurgii.)** *Letopis r. chir. No. 5. 1898.*

W. giebt eine kurze übersichtliche Schilderung über die Geschichte und die gegenwärtige Verbreitung des Cocains. Als erster beschrieb die anaesthesirende Wirkung des Mittels Prof. Anrep in Petersburg 1879. W. wünscht dem Cocain weitere Verbreitung in der Chirurgie.

P. HELLAT.

7) **Paul Reclus** (Paris). **Das Eucain B. (L'eucaine B.)** *Academie de Médecine. 29. März 1898.*

Eucain B ist eine neue Substanz, vom Eucain A verschieden. Während R. im vergangenen Jahre zeigte, dass das Letztere dem Cocain nicht gleichkommt, schreibt er dem Eucain B gewisse unbestreitbare Vorzüge zu.

a) Dasselbe verträgt das Kochen, ist also durch Hitze zu sterilisiren (Cocain setzt sich bei 80° in Ecgonin um, eine Substanz, die nicht analgetisch wirkt).

b) Es ändert sich in Lösungen nicht und ist so stabil, dass man noch vier Monate alte Lösungen benutzen kann (das Cocain wird schon nach 15 Tagen unbrauchbar).

c) Es ist weit weniger giftig, als Cocain (das Verhältniss beträgt 1 : 3,75). Man kann ohne Gefahr 20—25 cg injiciren und Lösungen von $^1/_{50}$ benutzen.

PAUL RAUGÉ.

8) **Gaetano Vinci. Ueber das Eucain B. (Benzoyl-trans-Vinyldiacetonalkamin.)** *Virchow's Archiv. Bd. 149. p. 217.*

Verf. bespricht die chemische Constitution des Eucain B. und berichtet ausführlich über seine experimentellen und klinischen Erfahrungen mit demselben. Er kommt zu dem Schluss, dass das „Eucain B dem Cocain und dem Eucain gleichzustellen und oft vorzuziehen“ ist.

F. KLEMPERER.

9) **Garel** und **Bernoud** (Lyon). **Das Orthoform in der Laryngologie. (L'orthoforme en laryngologie.)** *Société des sciences méd. de Lyon. 23. März 1898. Lyon méd. 17. April 1898.*

Die Verff. erzielten sehr bemerkenswerthe Erfolge bei den schweren Dysphagien der Tuberculösen und bei Carcinom der Epiglottis oder des Oesophagus. Eine einzige Insufflation von Orthoform anaesthesirt sofort für mindestens 24 Std. Die Verff. erklären das Mittel für den Zweck der Milderung der Dysphagie allen anderen Mitteln, dem Antipyrin, Carbolglycerin, Mentholöl, Morphin und selbst dem Cocain für überlegen. Dabei ist das Orthoform nicht giftig und verursacht im Moment seiner Application keinerlei unangenehme Sensationen (Paraesthesie). Die Anaesthesie ist von Dauer, die Technik der Application so leicht, dass sie der Kranke selbst vornehmen kann.

PAUL RAUGÉ.

10) **Boisseau. Das Orthoform und seine schmerzstillende Wirkung in der Laryngologie und Stomatologie. (L'orthoforme, ses effets analgésiants en laryngologie et en stomatologie.)** *Gazette hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux. 23. Januar 1898.*

Verf. wendete das Orthoform in 2 Fällen von terminaler Dysphagie bei Tuberculose der oberen Luftwege und in einem Falle von tertiär-syphilitischer Ulceration des Rachens an. Das Mittel führte jedesmal eine sehr schnelle und anhaltende Herabsetzung des Schmerzes herbei. Der Zahnarzt Bariel hat mit grossem Erfolge Orthoform nach der Zahnextraction auf die Alveole aufgestäubt.

E. J. MOURE.

11) **E. S. Yonge. Zur Localbehandlung schmerzhafter Ulcerationen mit Orthoform. (The local treatment of painful ulcerations by orthoform.)** *Brit. Med. Journal. 5. Februar 1898. N. Y. Med. Journal. 9. April 1898.*

Verf. berichtet über 9 Fälle von Nasen- und Halserkrankung, bei denen er Orthoform mit grossem Nutzen anwandte. Bei Larynxphthise wurde der Schmerz für mehrere Stunden beseitigt. Das Orthoform, das schwer in Wasser löslich ist, besitzt keine Giftigkeit und ist ein kräftiges Antisepticum. Als Anaestheticum wirkt es nicht stark genug für chirurgische Eingriffe, aber seine Wirkung ist von langer Dauer, bisweilen mehrere Tage anhaltend.

ADOLPH BRONNER.

12) **M. Kaiser** (Neumarkt i. St.). **Beitrag zur Kenntniss der Wirkung des Xeroforms.** *Med.-chirurg. Centralblatt. No. 4. 1898.*

K., der Xeroform durch längere Zeit anstatt des Jodoforms in der kleinen Chirurgie anwendet, berichtet über sehr günstigen Erfolg. Als besonderen Vorzug genannten Mittels hebt er dessen Reizlosigkeit hervor, sowie, dass dasselbe im Preise bedeutend niedriger sei als Jodoform.

CHIARI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

13) **Unna** (Hamburg). **Sycosis subnasalis und Ausschnupfen.** *Monatschrift für prakt. Dermat. XXVI. 12. 1898.*

Für die Behandlung der Nasenschleimhaut bei der Sycosis subnasalis em-

pfiehlt Unna Spülungen mit Decoctum Chinae und wenn Besserung eingetreten ist, mit 1 prom. bis $^1/_2$ proc. Ichthyollösung. Dabei muss ein Verband an der Oberlippe mit Zinkoxyd-Schwefel- oder Zinkoxyd-Ichthyol-Salbenmull, bei schweren Fällen mit Ichthyol-Chrysarobin-Salbenmull getragen und die Nase mit Watte abgewischt werden (nicht mit dem Taschentuch).

SEIFERT.

14) **S. Pozzi. Acne hypertrophica der zwei unteren Drittel der Nase. Ablösung derselben mit unmittelbar nachfolgender rhinoplastischer Operation. Heilung mit vollständiger Wiederherstellung der Nase. (Acne hypertrophique ayant envahi les deux tiers inférieurs du nez Décortication. Autoplastic primitive. Guérison avec restauration immédiate et complète du nez.)** *Bull. Soc. de Chir. XXIII. p. 729.*

Die Ueberschrift enthält das Wesentliche des Falles. Verf. beschreibt die Operation im Einzelnen.

A. CARTAZ.

15) **M. Péraire** und **A. Pilliet. Acne hypertrophica der Nase mit enormer Geschwulstbildung. (Acne hypertrophique du nez formant une énorme tumeur.)** *Soc. anatom. Paris. 6. Mai 1898.*

60jähriger Mann. Seit 10 Jahren hat sich vom linken Nasenflügel her allmählich über die ganze Nase eine Acnegeschwulst gebildet, die heute einen über die Unterlippe herabhängenden, taubeneigrossen Tumor bildet. Der Tumor wird entfernt und eine osteoplastische Operation zur Wiederherstellung der Nase vorgenommen. Die histologische Untersuchung erweist, dass es sich um ein Talgdrüsen-Adenom handelt, das sich diffus im Bindegewebe entwickelt und dann später chronisch entzündet hat.

A. CARTAZ.

16) **D. H. Goodwillie. Die chirurgische Behandlung äusserer Deformitäten der Nase. (The surgical treatment of external deformities of the nose.)** *N. Y. Medical Record. 21. Mai 1898.*

G. stellt eine Reihe von Patienten vor, an denen rhinoplastische Operationen vorgenommen worden sind, und demonstrirt an Abbildungen die Operationsmethoden und ihre Resultate. Die wichtigsten Ursachen der Nasendeformitäten sind: 1. congenitale (unvollkommene intrauterine Entwicklung); 2. traumatische; 3. Hypertrophien und Tumoren der Knochen oder Weichtheile und 4. maligne, specifische oder andere constitutionelle Erkrankungen.

LEFFERTS.

17) **J. Preindlsberger** (Sarajevo). **Zur partiellen Rhinoplastik.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1898.*

Excision eines kleinen höckerigen Epithelioms des linken Nasenflügels. Nachdem die Ränder des Defectes verheilt waren, wurde der erste Act der Plastik nach v. Hacker ausgeführt. Die Ueberhäutung der Wundfläche fand ohne Transplantation sehr rasch statt.

CHIARI.

18) **Patrick Cassidy. Ein Fall von Rhinoplastik. (A case of rhinoplasty.)** *N. Y. Med. Record. 9. April 1898.*

Ausführliche Krankengeschichte. Ein hufeisenartiger Lappen wurde aus der

rechten Infraorbitalgegend und der Stirn entnommen und zur Deckung der Nase verwandt. Durch einen Stiel, mit dem er an der Wange befestigt blieb, wurde dieser Lappen ernährt. LEFFERTS.

19) **M. Herman. Ein neuer Vorschlag zur Plastik der Nase. (Pomyst do craiciowej plastyki nosa.)** *Przeglad lekarski. No. 39. 1898.*

Verf. schlägt vor, die plastischen Theile aus der Haut der Wangen, und zwar auf der Grenze der Regio nasalis und der Regio infraorbitalis zu entnehmen.

Die rein chirurgischen Details werden durch entsprechende Illustrationen erklärt. A. v. SOKOLOWSKI.

20) **Deschamps. Empfänglichkeit für vegetabilische Ausdünstungen. (Susceptibility to vegetable emanations.)**

Verf. berichtet über einen Restaurateur, der in der Küche mitarbeitete und stets, wenn er Spargel zurecht machte, einen heftigen Anfall von Coryza mit Niesen und Laufen der Augen bekam. Die Asthmaanfälle haben sich mit der Zeit verstärkt. Der Mann kann Zwiebeln schälen, Mohrrüben, weisse Rüben u. dergl., ohne dass er Unbehagen hat: nur beim Spargel tritt der Anfall auf. Dabei kann er ohne irgendwelche Beschwerden den fertigen Spargel essen. LEFFERTS.

21) **Müller. Heufieber. (Hay fever).** *N. Y. Med. Record. 5. Februar 1898.*

Verf. empfiehlt einen Spray von Carlsbader Wasser, danach eine Nasendouche mit einer 20—30 proc. Silberlösung und schliesslich die Application von

Menthol 3,0
Resorcin 3,0
Spir. vini diluti 14,0

oder als Spülwasser für die Nase:

Natrii bisulphur. 1
Aq. destillat. 500. LEFFERTS.

22) **Lichtwitz** (Bordeaux). **Behandlung der vasomotorischen Rhinitis (Hydrorrhoea nasalis, Heufieber) mit Orthoform. (Traitement de la rhinite vasomotrice [hydrorrhée nasale, fièvre des foins] par l'orthoforme.)** *Bulletin Méd. 23. Januar 1898.*

Von der Anschauung ausgehend, dass die vasomotorische Coryza in einer Hyperaesthesie der Nasenschleimhaut ihren Ursprung hat und dass das Orthoform ein Anaestheticum ersten Ranges, unschädlich und in seiner Wirkung lange anhaltend ist, hat Verf. die Crisen von Hydrorrhoe statt mit Cocain mit Orthoform behandelt. Die Resultate, die er in 3 Fällen erzielte, waren sehr zufriedenstellende. In einem Falle genügte eine einzige Einblasung von Orthoform, um die Heilung einer seit 5—6 Jahren bestehenden Hydrorrhoe in wenigen Minuten zu erzielen. Ein Recidiv war nach 1 Monat nicht eingetreten. PAUL RAUGÉ.

23) **W. Posthumus Meyjes** (Amsterdam). **Zur Aetiologie einiger nasaler Reflexneurosen. (Iets over de aetiologie van sommige van den neus uitgaande reflex-neurosen.)** *Med. Weekbl. V. No. 23.*

Vortrag in der Niederl. Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Vergl. den Sitzungsbericht.

H. BURGER.

24) **Gustav Spiess** (Frankfurt a. M.). **Beitrag zur Aetiologie einiger nasaler Reflexneurosen.** *Fränkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 7. p. 303. 1898.*

Verf. weist auf zwei Beobachtungen hin, die er mehrmals gemacht hat. Einmal, dass Asthmatiker, welche an Nasenverstopfung litten, nach Wegnahme dieser während des Tamponnements, also bei einer stärkeren Nasenverstopfung, als sie vorher bestand, niemals Asthmaanfälle bekamen. Zweitens, dass das als Tuberculum septi beschriebene Drüsenpolster, welches einen besonders empfindlichen Punkt in der Nase darstellt und welches schwellungsfähig ist, direct der mittleren Muschel gegenüberliegt, so dass leicht eine leise Berührung beider zu Stande kommen kann. Verf. sah Fälle von Niesreiz, der durch festes Zuhalten der Nase unterdrückt werden konnte; er beobachtete ferner, dass der Niesreiz aufhört, wenn durch den Mund inspirirt und durch die Nase exspirirt, der mittlere Nasengang also durch die Luftbewegung nicht berührt wurde. Verf. schliesst daraus, dass für die Auslösung der nasalen Reflexe neben der Berührung zweier Schleimhautflächen als sehr wesentlicher Factor auch eine Verschiebung der beiden Flächen gegen einander oder die Einlagerung eines reizenden dritten Körpers (Polyp, Staub) zwischen beide oder ein Zug an beiden durch einen Verwachsungsstrang oder dergl. in Betracht kommt.

Für die Therapie ergiebt sich daraus, dass eine Reibung zweier Flächen an einander verhindert werden muss; das gelingt am besten auf chirurgischem Wege.

Verf. bespricht kurz die in Betracht kommenden Operationen und wendet sich gegen die Kaustik, speciell die der unteren Muscheln, die viel seltener bei Nasenobstruction die Schuld tragen, als oft angenommen wird. Man soll bei jeder Nasenverstopfung die Störung der physiologischen Function genau feststellen; ist der Exspirationsstrom frei, so kann eine wesentliche Verengerung des unteren Nasenganges durch die untere Muschel nicht vorliegen und Kaustik ist nicht am Platze.

F. KLEMPERER.

25) **P. Gastow. Nächtlicher Krampfhusten mit Erbrechen und Coryza bei kleinen Kindern. (The spastic night cough with vomiting and coryza in young children.)** *N. Y. Med. Record. 14. Mai 1898.*

Die sehr häufige Erkrankung ist reflectorischen Ursprungs, bisweilen durch Eingeweidewürmer, bisweilen durch andere Ursachen bedingt, gewöhnlich aber Folge einer hinteren Coryza. Sie kommt nur bei kleinen Kindern vor, die noch nicht expectoriren und die Nase nicht reinigen können. Der Husten, der krampfhaft ist, ähnlich dem Keuchhusten, und zu Uebelkeit und Erbrechen führt, tritt nur ein, wenn die Kinder zu Bett liegen, gewöhnlich bei Nacht, selten bei Tage. Der Schleim, der in den Rachen rinnt und in die Arygegend heruntertropft, löst die Glottiskrämpfe aus. Die Behandlung besteht in täglich 3--4 maliger Einfüh-

rung von Tampons mit Borovaselin in die Nase bis hinten hin. Dem Vaselin können auch Adstringentien, wie Tannin und Alaun, und besonders Antipyrin zugesetzt werden.

LEFFERTS.

26) **Guder. Einwirkungen der Reizung der Nasenschleimhaut auf die Bewegungen des Herzens. (Effets des irritations de la muqueuse nasale sur les mouvements du coeur.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 1. 1898.*

Verf. bespricht die verschiedenen Reflexerscheinungen von Seiten des Herzens, die bei Nasenkranken beobachtet worden sind, und berichtet über seine eigenen Erfahrungen und Versuche auf diesem Gebiete. Es gelang ihm nicht, Herzpalpitationen, Anginaanfälle etc. durch Reizung der Riechschleimhaut auszulösen.

R. J. MOURE.

27) **Eliza H. Root. Epileptoide Anfälle, anscheinend durch nasale Verstopfung verursacht. Eine Krankengeschichte. (Epileptoid seizures apparently due to nasal obstruction. Report of a case.)** *N. Y. Med. Journal. 21. Mai 1898.*

Krankengeschichte eines Falles. Die Diagnose bleibt unsicher.

LEFFERTS.

28) **S. Talma** (Utrecht). **Ueber Asthma bronchiale. (Over „asthma bronchiale".)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. S. 390. 1898.*

Asthma bronchiale beruht auf Krampf von Muskeln der Luftwege. Das charakteristische giemende Geräusch entsteht nicht durch Verengerung der Broncheoli, sondern durch exspiratorische Verengerung in den oberen Luftwegen: Trachea, Larynx, Pharynx.

Zwaardemaker fand in vielen Fällen während der ganzen Ausathmung die Stimmritze weit geöffnet; nur am Schluss der Exspiration, wo das Giemen in ein hohes Piepen oder Pfeifen übergeht, näherten sich die Stimmbänder. In anderen Fällen wird während des Anfalles die Glottis stark verengert. Auch ist eine allgemeine exspiratorische Verengerung der Trachea zu beobachten. Dass im Anfall auch Verengerung der Broncheoli vorkommen kann, wird durch die Auscultation bewiesen. Mancher Asthmatiker, welcher in der Respirationstechnik genügend geübt ist, kann den Krampf augenblicklich, auf kürzere oder längere Zeit, unterdrücken. Auch können Asthmatiker in der anfallsfreien Zeit, wie mitunter auch Gesunde, den Krampf künstlich nachahmen.

Auf diese Thatsachen hat T. eine Therapie basirt, welche in Respirationsübungen besteht. Zuerst wird die langsame, dann die vollkommene Ausathmung eingeübt; Sprachübungen schliessen sich an. T. hat hiermit schöne Resultate erhalten.

H. BURGER.

29) **C. Clar** (Wien). **Asthmawetter.** *Wiener klin. Rundschau. No. 24. 1898.*

C. sagt, dass das nervöse Asthma als häufige Reflexerscheinung bei Erkrankungen der Nase sehr empfindlich auf einen Luftwechsel reagirt, mag letzterer im Ortswechsel oder im Wetterwechsel bei umgeändertem Aufenthalt bestehen. Verf. constatirt u. A., dass diese Asthmatiker am allerschwersten jene ungetrübte

Reihe schöner Tage ertragen, wie sie eintritt, wenn ein Luftdruckmaximum sich über die Gegend lagert.
CHIARI.

30) **Garel. 4 neue Fälle von Nasensteinen durch Kirschkerne. (Rhinolithes. Quatre nouveaux cas dus à des noyaux de cerise.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 9. September 1897.*

Verf. bespricht die Pathogenese, die Symptomatologie und Diagnostik der Nasensteine. Er schliesst sich der Theorie der Bildung der Rhinolithen um Fremdkörper herum an. Die Fremdkörper stammen theils von aussen (Kirschkern, Schuhknopf), theils sind sie inneren Ursprungs (Blutgerinnsel).
E. J. MOURE.

31) **A. Raoult. Ein Fall von Rhinolith, entwickelt um einen Kirschkern. (Sur un cas de rhinolithe développé autour d'un noyau de cerise.)** *Rev. méd. de l'Est. 1. März 1898.*

34 jährige Frau, seit mehreren Jahren an eitriger Secretion und Verstopfung der linken Nasenseite leidend. Mit der heissen Schlinge entfernt Verf. das vordere Ende der unteren Muschel, das den Einblick in die tieferen Theile der Nase versperrt. Darauf kann ein klein-nussgrosser Nasenstein entfernt werden, in dessen Centrum sich ein Kirschkern findet. Dieser ist mindestens seit 20 Jahren in der Nase, in die er wahrscheinlich bei einem Erbrechen gerathen ist.
A. CARTAZ.

32) **R. D. Barret. Fremdkörper in Ohr und Nase. (Foreign bodies in the ear or nose.)** *N. Y. Medical Record. 11. Juni 1898.*

Nichts Neues.
LEFFERTS.

33) **J. Winslow. Fremdkörper in der Nase. (Foreign bodies in nose.)** *N. Y. Med. Record. 25. Juni 1898.*

In vielen Fällen gelingt die Ausstossung eines Fremdkörpers aus der Nase eines Kindes, wenn man das andere Nasenloch zuhält und plötzlich kräftig in den Mund des Kindes bläst.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

34) **F. B. Storer. Fremdkörper in Nase und Ohr. (Foreign bodies in the nose and ear.)** *N. Y. Med. Record. 16. Juli 1898.*

S. empfiehlt eine Drahtschlinge zur Entfernung der Fremdkörper.
V. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) **W. H. Poole. Rhinolith oder Nasenstein. (Rhinolith or nasal calculus.)** *N. Y. Med. Journal. 9. Juli 1898.*

24 jährige Patientin, bei der das Concrement erst nach der operativen Entfernung eines Stücks der unteren Nasenmuschel entdeckt wurde.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

36) **W. Scheppegrell. Der Gebrauch von Oel zur Vernichtung von Larven in der Nase. (The use of oil for the destruction of larvae in the nasal chambres.)** *N. Y. Med. Journal. 19. Februar 1898.*

Die Insecten athmen durch ein Röhrensystem, das sich mit Poren an den

Seiten des Körpers öffnet. Diese verstopft das Oel und tödtet so die Larven, während es für die empfindlichen Gewebe der Nase durchaus unschädlich ist.

LEFFERTS.

37) **Bresgen** (Frankfurt a. M.). **Das Schmerzen der Nase, das Niesen und Husten in ihrer Bedeutung zur Entzündung des Mittelohres bei Kleinkindern, Schulkindern und Erwachsenen.** *Die ärztl. Praxis. 19. 20. 1898.*

Zusammenfassung der in Betracht kommenden Momente mit besonderem Hinweise auf die Gefahr des Eindringens von Infectionserregern in das Mittelohr, wenn bei verstopfter Nase gleichzeitig stark durch beide Nasenhälften geschnäuzt wird.

SEIFERT.

38) **Stiel. Ueber Beziehungen zwischen Nasen- und Augenkrankheiten.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1898.*

Die Störungen sind dreierlei Art, und zwar reflectorischer Natur, wie bei dem Thränenträufeln, Lichtscheu, Skotom, Migraine ophthalmique, oder es bestehen derartige Beziehungen durch die Verbindung des Conjunctivalsackes und des Thränenschlauches, oder drittens bestehen Beziehungen der Nebenhöhlen zu der Orbita und deren Inhalt oder zu den Sehnerven.

SCHECH.

39) **Talbot W. Chambers. Erkrankung des Auges abhängig von Erkrankung der Nase. (Disease of the eye dependent upon disease of the nose.)** *N. Y. Medical Record. 9. April 1898.*

Verf. berichtet über eine Reihe von Patienten, die durch starke Sehschwäche belästigt wurden und diese erst nach Beseitigung eines pathologischen Zustandes in der Nase verloren.

LEFFERTS.

40) **Fougeray. Chronischer Nasenrachencatarrh. (Chronic rhino-pharyngitis.)** *N. Y. Med. Record. 30. April 1898.*

Menthol 1,0
Ol. amygdal. dulc.
seu
Vaselin. liquid. 10,0.
M. D. S. Mit dem Pinsel aufzutragen.

LEFFERTS.

41) **Kuhn** (Strassburg). **Missbildungen der Nase, Nasenpolypen, Nasenrachenpolypen.** *Drasche's Bibl. d. med. Wissensch. 1898.*

Die Missbildungen der Nase theilt K. in angeborene (Missbildungen verschiedener Art, sowie congenitaler Verschluss der vorderen und hinteren Nasenöffnungen) Missbildungen und durch abnormes Wachsthum bedingte ein (Deviatio septi, cristae, spinae, Wachsthumsmissbildungen an den Nasenmuscheln), bespricht deren Aetiologie, Symptomatologie und Therapie. Unter den weichen Fibromen fand K. öfter, als Hopmann zugiebt, Drüsen und Cysten in dem fibrösen Stroma der Nasenpolypen, feste derbe Fibrome beobachtete er fast immer als solitäre Geschwulst in den hinteren Theilen der Nasenhöhle, entweder vom Septum oder den hintersten Muschelabschnitten oder auch von der inneren Umrandung

der Choanen ausgehend. Unter den Nasenrachenpolypen unterscheidet er die typischen Fibrome und die Pseudonasenrachenpolypen (Nasenmuschelpolypen, Choanenfibrome und polypöse Hypertrophien der hinteren Enden der unteren Muschel).

SEIFERT.

42) **Lacoarret. Fibro-mucöser Polyp des Nasenrachens. (Polype fibro-muqueux du pharynx nasal.)** *Annales de la Policlinique de Toulouse. No. 6. Juni 1898.*

50 jähriger Mann mit einem umfangreichen Polypen, der das Gaumensegel stark verdrängt und eine Nasenhöhle obstruirt. Derselbe wird auf combinirte Weise vom Munde und von der Nase her abgetragen.

E. J. MOURE.

43) **C. Compaired** (Madrid). **Voluminöses Fibrom im Nasenrachenraum. Operation. Heilung. (Voluminoso fibroma naso-faringeo, operacion; curacion.)** *El Feglo Médico. No. 2297. 1898.*

Genannter Tumor hatte die Grösse eines Taubeneies und wurde von der Mundhöhle aus mittelst Cocain entfernt. Die Heilung erfolgte nach ungefähr einem Monate.

R. BOTEY.

44) **Brault. Maligne Geschwulst des Nasenrachens bei einem Mädchen von $3^1/_2$ Jahren. (Tumeur maligne du naso-pharynx chez une petite fille de trois ans et demi.)** *Annal. des mal. de l'oreille. No. 5. Mai 1898.*

Verf. hat das Mädchen, das eine Deformation des Gesichts (frog-face) aufwies, nach der Methode von Doyen operirt. Die Geschwulst bestand aus fibromyxomatösen und sarcomatösen Partien.

E. J. MOURE.

c. Mundrachenhöhle.

45) **J. Killian** (Worms). **Entwicklungsgeschichtliche, anatomische und klinische Untersuchungen über Mandelbucht und Gaumenmandel.** *Fränkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 7. p. 167.*

Die an einem grossen Material durchgeführten Untersuchungen K.'s ergeben eine Reihe neuer anatomischer Facta, die im kurzen Referat nicht wiedergegeben werden können. Aus der Arbeit, die von Interessenten im Original studirt werden muss, sei nur hervorgehoben, dass nach K.'s Befunden die Tourtual'schen Hohlräume in der Mandel durchaus keine Seltenheit, sondern ganz alltägliche Vorkommnisse sind. Zur sorgfältigen Inaugenscheinnahme der Mandeln empfiehlt K. folgenden Gang der Untersuchung: 1. Niederdrücken der hinter dem unteren Zahnbogen ruhenden Zunge, Besichtigung, Spiegelung. 2. Vorstrecken und Festhaltenlassen der Zunge, Drehung und Neigung des Kopfes, Abziehen des Mundwinkels der Gegenseite (mit einem Lidhalter oder Doppelhaken), Besichtigung, Sondirung. Der zweite Act der Untersuchung dient zur Entfaltung der Mandelbucht.

F. KLEMPERER.

46) **Martin Hendelsohn** (Breslau). **Ueber das Verhalten des Mandelgewebes gegen aufgeblasene pulverförmige Substanzen.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. Bd. VIII. H. 3. p. 476.*

H. berichtet ausführlicher über die Ergebnisse der Versuche, von denen Kayser auf dem Congress in Moskau bereits kurze Mittheilung gemacht hat. Die Aufnahme der aufgeblasenen Farbstoffe in die Mandeln ist eine so schnelle und so lebhafte, dass die Mandeln, speciell die vergrösserten, nicht nur nicht die Function eines Körperschutzes ausüben, sondern eher einen Ausgangspunkt zahlreicher localer und allgemeiner Affectionen bilden.

F. KLEMPERER.

47) **H. Walsham. Ueber das Vorkommen knorpliger und knöcherner Knötchen in den Mandeln. (On the occurrence of cartilaginous and bony nodules in the tonsil.)** *Lancet. 13. August 1898.*

Verf. hat eine grosse Reihe von Mandeln tuberculöser Patienten untersucht. Einmal fand er bei einem 50jährigen Manne kleine Knochenmassen am Grunde der Crypten, in einem anderen Falle bei einem 27jährigen Manne knorplige Theile im gesammten adenoiden Gewebe. Er hält diese Gebilde für fötale Anlagen und leitet sie von dem zweiten Kiemenbogen ab, Verf. veranschaulicht seine Befunde durch Abbildungen.

ADOLPH BRONNER.

48) **W. Wingrave. Ein Bericht über das Vorkommen knorpliger und knöcherner Knötchen in den Mandeln. (A note on the occurrence of cartilaginous and bony nodules of the tonsil.)** *Lancet. 17. September 1898.*

Verf. hat den von Walsham beschriebenen Befund in mehreren Fällen gesehen.

ADOLPH BRONNER.

49) **F. Bezançon** und **W. Griffon. Die constante Anwesenheit von Pneumococcen auf der Oberfläche der Mandeln. (Présence constante du pneumocoque à la surface de l'amygdale.)** *Société médicale des Hôpitaux. 15. April 1898. N. Y. Medical Journal. 7. Mai 1898.*

Man nahm bisher an, dass der Pneumokokkus ein häufiger Bewohner des normalen Halses ist. Die Verff. weisen nach, dass seine Anwesenheit daselbst eine constante ist. Die Verff. haben den der Mandel anhaftenden Schleim auf einem Nährboden cultivirt, der elective Eigenschaften hat. Als solchen Nährboden sehen sie das Serum „junger" Kaninchen an. (!) Das Serum des ausgewachsenen Kaninchens, scheint es, giebt weniger zuverlässige Resultate. (!)

Die Untersuchung erstreckt sich auf 40 Personen, die unter den verschiedensten Verhältnissen leben und in ihrer Anamnese nichts von einer Pneumonie haben. Bei allen fand sich der Pneumococcus, ebenso wie der Streptococcus (Widal und Bezançon) in der Mundhöhle.

Diese Resultate muss man natürlich acceptiren. Aber es fragt sich doch, wo diese Ausdehnung des normalen Parasitismus hinführen soll. Wenn der Hals schon beim Gesunden alle pathologischen Keime enthält, was nützt dann ihr Nachweis bei der Krankheit und was wird dann schliesslich aus der ganzen Bacteriologie?

PAUL RAUGÉ.

50) **G. Finder. Zur pathologischen Anatomie der Tonsille.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VIII. H. 2. p. 354.*

1. Retentions-Cysten; die sogenannten „folliculären Abscesse" oder „käsigen Herde". F. schliesst aus seinen Präparaten, dass „jene käsigen Abscesse in der Tonsille in der That nichts anderes sind, als durch Retention ihres Inhalts cystisch erweiterte Lacunen".

2. Grosser gutartiger Tumor (Fibro-Adenoma pendulum). Der von F. beobachtete Tumor zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung genau die histologische Structur der Tonsille selbst.

3. Histologischer Befund einer Tonsille mit breiten Condylomen. Die Stellen, die klinisch als Plaques muqueuses imponirt hatten, zeigten eine subepitheliale Infiltration und eine sehr erhebliche Epithelverdickung.

F. KLEMPERER.

51) **Chauchard. Beitrag zum Studium der encystirten lacunären Mandelentzündung und ihrer Complication: der Ulceration. (Contribution à l'étude de l'amygdalite lacunaire enkystée et de sa complication: l'ulcération.)** *Thèse de Bordeaux. No. 93. 1898.*

Die lacunäre Mandelentzündung kommt in 3 Formen vor: als käsige, encystirte und ulceröse. Man beobachtet sie bei jugendlichen Personen und vorzugsweise im Frühling. Sie verursacht leichte Schluckbeschwerden, aber wenig oder keine Allgemeinerscheinungen. In der Periode der Cystenbildung sieht man auf der Mandeloberfläche einen getreidekorn- oder kirschkerngrossen Tumor; dieser vergeht und lässt das einfache Geschwür der Mandel entstehen, welches mit zahlreichen anderen Affectionen, besonders mit dem syphilitischen Gumma, verwechselt werden kann. Das Geschwür entsteht plötzlich und hat eine charakteristische Form, regelmässige Ränder, keine Tendenz, auf die benachbarten Gewebe überzugreifen.

Die Prognose ist gut. Die interne Behandlung besteht in Antisepsis des Mundes (Gurgeln mit Borax, mit Jod), die chirurgische Behandlung in Abtragung mit der scharfen Zange.

E. J. MOURE.

52) **Zilgien. Angina pectoris nach Mandelentzündung. (Angina pectoris following inflammation of the tonsils.)** *N. Y. Med. Journal. 16. April 1898.*

Verf. berichtet über 4 Fälle von wochenlanger Angina pectoris im Anschluss an fieberhafte Mandelentzündung. Er deutet die Erkrankung als eine Neuralgie des Plexus cardiacus, die durch in den Mandeln erzeugte Toxine verursacht ist.

LEFFERTS.

53) **Levy. Gurgelwasser bei folliculärer Tonsillitis. (Gargle for follicular tonsillitis.)** *N. Y. Med. Record. 5. Februar u. 19. März 1898. N. Y. Medical News. 26. Februar 1898.*

Kreosot gtt. 8,
Tct. Myrrhae,
Glycerin ana 50,0,
Aqu. 100,0.
M. D. S. Nach Vorschrift z. Gurgeln.

LEFFERTS.

54) **K. W. Baldwin. Peritonsillitis. (Peritonsillitis.)** *Journ. Americ. Medical Assoc. 12. März 1898.*

Verf. reinigt den Hals mit einer alkalischen Lösung und applicirt dann 1—3stdlch. eine Mischung von Terpentin und Lavendelspiritus (ana) mit Zusatz von ein paar Tropfen Anisöl oder Gaultheria. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

55) **J. Sendziak. Beitrag zur Diagnose und Therapie des peritonsillären Abscesses und des Abscesses der Zungentonsille. (Przyczynek do rozpoznawania oraz leczenia ropnego zapalevia migdasba podniebiennejo oraz jazykowego ze szczególnem uwzgladnieniem ropnia okotomigdasbowego.)** *Kronika lekarska. No. 4, 5. 1898.*

Verf. beschreibt auf Grund von 235 Fällen der ersteren Kategorie und 9 der letzteren systematisch die Aetiologie, Symptomatologie und Therapie dieser Krankheiten.

Die Arbeit, welche für den praktischen Arzt bestimmt ist, enthält für den Specialisten nichts wesentlich Neues. A. v. SOKOLOWSKI.

56) **E. J. Moure. Die Eröffnung der Mandelabscesse. (De l'ouverture des abscès amygdaliens.)** *Journ. de Med. de Bordeaux. No. 7. 13. Februar 1898.*

Verf. bedient sich, um Eiteransammlungen an der Mandel oder ihrer Nachbarschaft zu eröffnen, regelmässig des Galvanokauters. Man kann mit diesem Instrument schnell eingreifen, vermeidet eine Blutung und schafft dem Eiter eine weite Bahn, die nicht die Tendenz zeigt, sich sofort wieder zu schliessen.

BRINDEL (E. J. MOURE).

57) **Audry** und **Iversene. Isolirtes syphilitisches Gumma einer Mandel. (Sur une gomme syphilitique isolée d'une amygdale.)** *Arch. méd. de Toulouse. No. 3. 1. Februar 1898.*

Die Affection entwickelte sich bei der Patientin unter febrilen Erscheinungen und blieb auf die Mandel beschränkt. Nach 10 Tagen war die locale Ulceration verschwunden. E. J. MOURE.

58) **Seymour Oppenheimer. Die Tuberculose der Mandeln. (Tuberculosis of the tonsil.)** *N. Y. Med. News. 15. Januar 1898.*

Zu unterscheiden ist die primäre und die secundäre Mandeltuberculose. Die primäre ist selten; nur von Zeit zu Zeit sind Fälle derselben berichtet worden und die Authenticität der Beobachter ist nicht über allen Zweifel erhaben.

Dass Tuberkelbacillen auf einer beträchtlichen Anzahl anscheinend normaler Tonsillen vorkommen und besonders bei der hypertrophischen Form der Tonsillitis, ist von mehreren Pathologen und Laryngologen des Continents erwiesen worden. In allen diesen Fällen waren die Mandeln bei den gewöhnlichen Kranken entfernt worden, die zwar eine Hypertrophie der Tonsillen, aber durchaus kein Zeichen von allgemeiner oder localer Tuberculose hatten. Zenker und Krückmann etabliren einen causalen Zusammenhang zwischen der primären Infection der Tonsillen mit Tuberkelbacillen und der Tuberculose der Halslymphdrüsen. Die primäre Infection kann durch den Gebrauch unsauberer Instrumente (speciell

des Kehlkopfspiegels, der sehr schwer chirurgisch rein zu halten ist), oder durch Inhalation tuberkelbacillenhaltiger Luft, oder durch tuberculöse Nahrung zu Stande kommen.

Die primäre Tuberculose der Mandeln ist wahrscheinlich häufiger, als bisher angenommen wurde, und vielleicht hat manche Lungentuberculose ihren Ursprung in einer Infection der Mandeln. Zu dem Nachweis der letzteren führt die Färbung auf Bacillen; gewöhnlich findet man beim mikroskopischen Untersuchen Riesenzellen und Tuberkel, seltener Verkäsung. Aeusserlich kann die Tonsille normal erscheinen; meist ist sie hypertrophisch.

LEFFERTS.

59) **H. Walsham. Latente Tuberculose der Mandeln. (Latent tuberculosis of the tonsil.)** *Brit. Med. Journal. 7. Mai 1898. Lancet. 18. Juni 1898.*

Die Arbeit bildet einen Auszug aus des Verf.'s Doctorthese (Cambridge). Verf. untersuchte die Mandeln von 34 Tuberculösen, die nacheinander zur Section kamen. Mit 2 Ausnahmen hatten diese Fälle intra vitam keine Symptome von Tuberculose der Mandeln geboten. Und doch fanden sich die Mandeln bei 20 Fällen mehr oder weniger tuberculös erkrankt. Bei den Tonsillen, die lebenden Patienten herausgenommen waren, liessen sich keine Spuren von Tuberculose finden. Verf. berichtet über 2 Fälle, bei denen auf die Exstirpation der Mandeln oder Adenoiden Lungentuberculose folgte.

(Der Auszug im Lancet ist zu kurz und stellenweise nicht ganz klar. Interessenten sollten die These selbst studiren. Ref.).

ADOLPH BRONNER.

60) **G. Avellis** (Frankfurt a. M.). **Lipom der Mandel.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VIII. Heft 3. p. 561.*

Der haselnussgrosse, gelbdurchschimmernde, dünn gestielte Tumor auf nicht entzündetem Mandelgrunde, von dem A. eine Abbildung giebt, erwies sich bei mikroskopischer Untersuchung als ein Lipom (Fibrolipom).

F. KLEMPERER.

61) **A. Fränkel** (Wien). **Zur Technik der Operation des Mandelkrebses.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 12. 1898.*

F. räth in geeigneten Fällen von Pharynxtumoren zur möglichsten Vereinfachung der Operationstechnik, somit zur Weglassung aller Hilfsoperationen, wie Unterkieferresectionen, Tracheotomie u. s. w., mit Ausnahme der präventiven Unterbindung der Carotis externa. Beschreibung zweier Fälle von Pharynx-Carcinomen, vom Munde aus, ohne weitere Hilfsoperation, mit gutem Heilungserfolg operirt.

CHIARI.

62) **Phocas. Die Abtragung der Mandeln. (L'ablation des amygdales.)** *Nord médical. 1. Januar 1898.*

Kritische Uebersicht über die verschiedenen Methoden der Mandelexstirpation; nichts Neues.

A. CARTAZ.

d. Diphtheritis und Croup.

63) **F. L. Wachenheim. Die klinischen Beziehungen des Loeffler'schen Bacillus. (The clinical relations of the Loeffler Bacillus.)** *N. Y. Medical Journal. 18. Juni 1898.*

Bei der Diphtherie, wie bei jeder anderen Erkrankung, soll die bacteriologische Untersuchung den klinischen Methoden zur Unterstützung, nicht als Controle dienen.

In jedem Falle, der eine Membranbildung zeigt, soll man sofort Serum anwenden, ohne das Resultat der bacteriologischen Prüfung abzuwarten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

64) **Edward K. Root. Die klinische und bakteriologische Diagnose der Halskrankheiten. (The clinical and bacteriological diagnosis of diseases of the throat.)** *N. Y. Medical Journal. 28. Mai 1898.*

Nach den Befunden an letal verlaufenen Fällen hält Verf. den Klebs-Loeffler-schen Bacillus in Reincultur für den gefährlichsten; ihm zunächst an Virulenz steht der Staphylococcus. Streptococcen finden sich stets reichlich in den Fällen, in denen die Halsdrüsen geschwollen sind, ferner bei allen Scharlachanginen. Bei der nicht-complicirten Diphtherie dagegen mit Loeffler'schen Bacillen in Reincultur fehlt meistens die Drüsenschwellung. Bei der laryngealen Diphtherie der kleinen Kinder ist der Diphtheriebacillus gewöhnlich allein anzutreffen.

Was die Behandlung anlangt, so ist das Heilserum als Specificum gegen die Symptome und toxischen Wirkungen, die der Loeffler'sche Bacillus hervorruft, anzusehen. Das Antistreptococcenserum ist noch nicht als wirksam zu betrachten, wenn auch erhebliche Fortschritte nach dieser Richtung schon gemacht sind. Gegen die Staphylococcen-Infection haben wir noch kein specifisches Mittel; unsere Therapie ist noch auf die gewöhnlichen unterstützenden und stimulirenden Mittel beschränkt. In manchen Fällen bringt Natrium salicylicum acute Staphylococcen-Infection der Tonsillen zum Stehen.

LEFFERTS.

65) **C. W. Aitkens. Zur Pathologie und Diagnose der Diphtheritis. (The pathology and diagnosis of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 28. Mai 1898. Med. News. 4. Juni 1898.*

Der echte Diphtheriebacillus lässt sich durch zahlreiche Generationen fortzüchten und ist nach Monaten noch virulent. Das klinische Krankheitsbild hat keinen pathognomonischen Zug, aber genügend diagnostische Hinweise, um an die Krankheit denken und sie bacteriologisch dann nachweisen zu lassen.

LEFFERTS.

66) **Wm. Flitcroft. Bericht über einen ungewöhnlich schweren Fall von diphtheritischer Lähmung, der mit vollständiger Heilung endigte. (Report of an unusually severe case of diphtheritic paralysis which was followed by complete recovery.)** *N. Y. Med. News. 28. Mai 1898.*

Der Pat. hatte am 3. Erkrankungstage ein sehr schweres Nasenbluten, dann

während der Reconvalescenz 3 Wochen lang Eiweiss im Urin. 6 Wochen nach der Diphtherie wurde zuerst die Lähmung beobachtet. Dieselbe begann am linken Augenlid und ergriff dann in schnellem Fortschreiten das rechte Augenlid, die Schluckmuskeln und schliesslich beide untere Extremitäten. Der Knabe konnte nichts schlucken und konnte nicht gehen. Er magerte schrecklich ab.

LEFFERTS.

67) **G. G. Thornton. Membranöser Croup und Intubation. (Membranous croup and intubation.)**

Verf. hält den membranösen Croup für eine von der Diphtherie verschiedene Krankheit. Er hat nie einen Fall von Croup isolirt und doch nie etwas von Ansteckung gesehen. Das Diphtherieheilserum ist natürlich nicht anzuwenden: überhaupt hat Verf. unter allen empfohlenen Mitteln keines bewährt gefunden. Die Intubation und Tracheotomie müssen bei vorhandener Indication angewendet werden; den Vorzug giebt Verf. der ersteren.

LEFFERTS.

68) **Augustus Caillé. Die moderne Behandlung der Diphtherie und des Croups. (The modern management of diphtheria and croup cases.)** *N. Y. Medical Record. 21. Mai 1898.*

Verf. steht auf dem Standpunkt, dass nach den statistischen Erfahrungen der Jahre 1896 und 97 der Einzelne der Serumtherapie keinen Widerstand mehr entgegensetzen darf. Dem Arzt, der von dem Serum keinen Gebrauch macht, weil er „nicht daran glaubt", sollten Diphtheriekranke nicht zur Behandlung anvertraut werden.

LEFFERTS.

69) **Krönlein. Die Erfolge der Serumtherapie bei Diphtherie. (The results of serum-therapy in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record u. N. Y. Medical News. 14. Mai 1898.*

In der Züricher Klinik wurden von 1880—94 (ohne Serum) 1336 Fälle behandelt mit 39 pCt. Mortalität, von 1894—98 (mit Serum) 437 Fälle mit 12 pCt. Mortalität. Im Canton Zürich ist die Durchschnittssterblichkeit von 16 pCt. seit 1894 auf 8 pCt. gesunken.

LEFFERTS.

70) **W. M. Donald. Das Diphtherieheilserum als Immunisirungsmittel. (Diphtheria antitoxine as an immunizing agent.)** *N. Y. Med. Journal. 21. Mai 1898.*

Der curative Werth des Serums ist wohl erwiesen, seine immunisirende Bedeutung aber bleibt noch ungewiss. Die Schwierigkeiten, die letztere zu erweisen, liegen auf der Hand. Der Verf. glaubt an die auf mindestens einige Wochen sich erstreckende Schutzkraft des Serums; er führt die Erfahrungen an, auf die er seinen Glauben stützt.

LEFFERTS.

71) **S. G. Dabney. Die Behandlung der Diphtherie (The treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 28. Mai 1898. Med. News. 4. Juni 1898.*

D. empfiehlt das Serum zu Immunisirungszwecken und zur Behandlung. Die Injection soll so schnell wie möglich, noch vor der bacteriologischen Bestäti-

gung der Diagnose, stattfinden. Die bisher bewährten anderen Mittel, wie locale Antiseptica, Calomel, Allgemeinbehandlung sollen neben dem Serum nicht vernachlässigt werden. LEFFERTS.

72) **D. C. Moriarta. Diphtheritis und Heilserum. (Diphtheria and antitoxin.)** *N. Y. Med. Journal. 23. Juli 1898.*

M. kommt zu dem Schluss, dass das Heilserum an sich unschädlich und ein wirksames Specificum gegen Diphtherie ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

73) **J. H. Lopez Ergänzender Bericht über die Serumtherapie. (Supplementary antitoxin report.)** *N. Y. Med. News. 30. Juli 1898.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass sich das günstige Urtheil über das Serum vollständig bestätigt hat; dasselbe ist ein wirksames und selbst ungiftiges Antidot gegen das Diphtheriegift. J. W. SWIFT (LEFFERTS).

74) **Redact. Notiz. Die Patentirung des Heilserum in den Vereinigten Staaten. (A patent for diphtheria antitoxin recently granted in the United States.)** *Lancet. 20. August 1898.*

Eine scharfe Kritik der Behörden in Washington, die Prof. Behring ein Patent auf das Diphtherieheilserum ertheilt haben. ADOLPH BRONNER.

75) **Kassowitz** (Wien). **Heilserumtherapie und Diphtherietod.** K. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, Sitzung vom 3. Juni 1898. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 23. 1898.*

In sehr ausführlicher Weise übt K. an der Serumtherapie scharfe Kritik. Die Arbeit, die an der Hand der Statistik zusammengestellt ist, eignet sich nicht für ein kurzes Referat. Zu diesem Vortrage sprachen ferner Schopf, Obermayer, Franz, Fränkel und Kretz, die sämmtlich über die günstigen Erfolge der Serumtherapie berichteten. CHIARI.

76) **Kinga Sato** (Nagaya-Japan). **Speichelfluss nach der Serumbehandlung der Diphtherie.** *Tokio Ijischinschi. October 1896.*

Bei 3 Fällen hat Verf. 48—54 Stunden nach der Seruminjection (Kitasato-Diphtherieserum) 1—2 Tage dauernden Speichelfluss eintreten sehen. OKADA.

77) **T. Kasahara** (Okayama-Japan). **Erster und zweiter Bericht über das Resultat der Serumbehandlung der Kinderdiphtheritis im Okayama-Hospital.** *The Chugai-Ijischimpo. 20. März resp. 5. Juli 1898.*

In dem ersten Berichte giebt Verf. Auskunft über die Resultate dieser Behandlung bei 50 Fällen verschieden schwerer Diphtherie (Rachendiphtherie 13, Kehlkopf 4, Rachen und Kehlkopf 24, Nasen und Rachen 2, Nasen, Rachen und Kehlkopf 7); er hatte 30 pCt. Sterblichkeit; in dem zweiten Berichte handelt es sich wieder um 50 Fälle (Rachen 20, Kehlkopf 10, Rachen und Kehlkopf 13, Nasen und Rachen 3, Nasen, Rachen und Kehlkopf 4). Gesammtsterblichkeit 23 pCt.

Complicationen: 2 mal Urticaria, 5 mal Albuminurie und 2 mal Arthritis.

OKADA.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

78) **J. Kraier** (Pressburg). **Ueber die Verletzungen des Halses mit besonderer Berücksichtigung der durch die Kriegswaffen erzeugten Verletzungen des Kehlkopfes und der Luftröhre und deren Behandlung.** Wissenschaftl. Verein der Militärärzte der Garnison Pressburg. — *Der Militärarzt. XXXII. Jahrgang. 15. u. 16.*

Nach den übereinstimmenden Berichten aus den Kriegen der Neuzeit machen die Halswunden nur 2 pCt. der Gesammtverletzungen aus. Eingehend erörtert K. die prophylactischen Tracheotomien, für die er folgende Indicationen angiebt:

Schwere Commotionen, Contusionen mit grösserer Beeinträchtigung der Stimmbildung und Respiration, Fracturen der Kehlkopfknorpel, Fremdkörper, sämmtliche Stich- und Schnittwunden, bei denen eine Verletzung der Schleimhaut wahrscheinlich ist. Auf dem Verbandplatze ist die prophylactische Tracheotomie auf jeden Fall auszuführen, wenn bei Schusswunden des Halses die Verletzung bis auf die Schleimhaut der Luftwege durchgegriffen hat und die Phonation oder Respiration beeinträchtigt ist. CHIARI.

79) **R. A. Duncan** (Kneton Victoria). **Schnittwunden des Halses und ihre unmittelbare Behandlung. (Cut-throat; its immediate treatment.)** *Intercolonial Medical Journal of Australia. 20. März 1898.*

D. empfiehlt die sofortige Vernähung der Wunden. Er berichtet über einen Fall von Selbstmordverletzung, bei der die Trachea unter dem Ringknorpel fast ganz durchtrennt war. Die Trachea und auch die äussere Wunde wurden sofort vernäht und der Patient kam schnell zu vollständiger Heilung. A. J. BRADY.

80) **W. C. T. Poole. Fall von Schussverletzung des Halses mit Ausgang in Heilung. (Case of gunshot wound of throat. Recovery.)** *Brit. Med. Journal. 2. Juli 1898.*

Die Kugel drang von der Seite her durch die Trachea. Der Kranke, der 13 Tage nach der Verletzung in Behandlung kam, wurde nach 65 Tagen vollständig geheilt aus dem Krankenhause entlassen. ADOLPH BRONNER.

81) **H. Galt. Bericht über einen Fall von Selbstmordverletzung des Halses. (Notes on a case of suicidal cut throat.)** *British Medical Journal. 10. September 1898.*

39jähriger Mann, der sich die Verletzung mit einem grossen und breiten Messer beibrachte. Tod nach 3 Stunden, verursacht durch die Blutung.

ADOLPH BRONNER.

82) **Urbahn** (Königsberg). **Ueber Fremdkörper im Kehlkopf.** Dissert. Königsberg. 1898.

Im Anschluss an 2 Fälle von Fremdkörpern im Kehlkopf stellt U. alle in der Literatur bekannt gewordenen Fälle derart zusammen. Unter 288 Fällen

treffen auf Nadeln 35 = 12,1 pCt., Knochenstückchen 49 = 17 pCt., Fremdkörper verschiedener Herkunft 204 = 70,8 pCt. Die von U. mitgetheilten Fälle betreffen eine Stecknadel im Kehlkopf (Spitze im rechten S. Morgagni, Knopf in der linken Lig. aryepiglottica eingeklemmt) und von Knochenstückchen zwischen vorderer und hinterer Commissur eingekeilt. SEIFERT.

83) **Kronenberg. Stenose der oberen Luftwege aus eigenartiger Ursache.** *Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1898.*

Der erste Fall betrifft einen Knaben, bei dem mittelst Röntgenstrahlen ein Curettenhäkchen unterhalb des rechten Stimmbandes diagnosticirt wurde. Im zweiten Falle traten durch Zurückziehen der Zunge im Schlafe Erstickungserscheinungen auf, welche durch eine Maschine behoben wurden, durch welche der Unterkiefer nach vorn gedrängt wurde. SCHECH.

84) **F. Rueda** (Madrid). **Fremdkörper im Larynx und Torticollis. (Cuerpo extrano en la laringe y torticolis.)** *Revist. de Medic. y Cirug. pract. No. 555. 1898.*

R. berichtet den Fall eines 9jährigen Knaben, welcher durch einen Zufall eine Nadel verschluckte. Der Fremdkörper wurde bei der Untersuchung in dem Winkel, den die Stimmbänder in ihrer inspiratorischen Trennung bilden, eingekeilt gefunden. Derselbe hatte inzwischen eine Torticollis hervorgerufen mit Abneigung des Kopfes nach links und bedeutender Erhebung der entsprechenden Schulter. Nach Entfernung der Nadel nahm die Torticollis nach und nach ab. Verf. ergeht sich in einigen Betrachtungen über den Ursprung der Torticollis, deren wahre Ursache aufzuklären er der Academie für Medicin, der er den Fall vorstellte, anheimstellt. R. BOTEY.

85) **Borchmann. Ein Fall von 4monatlichem Verweilen eines Fremdkörpers in der Trachea. (Slutschai prebiwanije inorodnawo tela w trachee.)** *Dietskaje Medizina. No. 2. 1898.*

Es handelte sich um ein Sonnenblumensamenkorn, das durch Tracheotomie entfernt wurde. P. HELLAT.

86) **Hecker. Ein Fall von Fremdkörper in der Trachea eines 2jährigen Kindes. (Slutschai inorodnawo tela w trachee 2 letnjawo rebenka.)** *Dietskaje Mediz. No. 2. 1898.*

Mittheilung im Verein St. Petersburger Kinderärzte. Durch die Tracheotomie wurde ein Ring entfernt.

Lunin demonstrirt einen Larynx, wo Croup diagnosticirt wurde. In Wirklichkeit handelte es sich aber um ein Knochenstückchen. P. HELLAT.

87) **Moser** (Weimar). **Fremdkörper in der Luftröhre.**

Ein 70jähriger Mann hatte ein Knochenstück aspirirt, das nach etwas mehr als 14 Tagen gelegentlich eines heftigen Hustenanfalles ausgestossen wurde. M. nimmt an, dass das halbmondförmig gebogene Knochenstück auf der Theilungsstelle der Luftröhre rittlings aufgesessen hatte. SEIFERT.

88) **Heller. Ueber Fremdkörper in den Luftwegen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 26. 1898.*

Mittheilung dreier Fälle (einmal halbgekaute Rüben in der Luftröhre, ferner ein Stück Mandel von einem Lebkuchen, den ein Kind aspirirt hatte, und ein Zwetschenkern, der im Halse stecken geblieben war) und Empfehlung der Nasenrachenspülung als bestes Mittel zur Hinausbeförderung der Fremdkörper.

SCHECH.

89) **Peyrissac. Fremdkörper in den Luftwegen. Pflaumenkern im linken Bronchus, Ausstossung ohne Tracheotomie nach intratrachealen Injectionen. (Corps étranger des voies aériennes. Noyau de prune dans la bronche gauche; expulsion sans trachéotomie, à la suite d'injections intra-trachéales.)** *Rev. hebd. de laryngol. etc. No. 1. 1. Januar 1898.*

Anschliessend an seinen Fall bespricht P. die Fremdkörper der Luftwege, ihren gewöhnlichen Sitz und ihre Behandlung. E. J. MOURE.

90) **Peyrissac. Ein Fremdkörper in den Luftwegen. (A foreign body in the air passages.)** *N. Y. Medical Record. 23. April 1898.*

Ausstossung des Fremdkörpers ohne Tracheotomie nach intratrachealer Injection von kaltem Wasser. LEFFERTS.

91) **Sevestre** und **Bonnus. Entfernung eines Fremdkörpers aus der Trachea mittelst einer Tube. (Removal of foreign body from the trachea by means of a tube.)** *N. Y. Medical News. 5. Februar 1898.*

Einem Kinde war eine kleine Glasperle in die Luftröhre gerathen. Es wurde eine Tube in den Larynx eingeführt und durch diese wurde der Fremdkörper bald ausgestossen. Wäre dies nicht gelungen, so sollte die Tracheotomie gemacht werden. LEFFERTS.

92) **Felizet** (Paris). **Fremdkörper der Luftwege bei Kindern. (Corps étrangers des voies respiratoires chez les enfants.)** *Société de Chirurgie. 6. Mai 1898.*

Das Kind, dem ein Pflaumenkern in den Kehlkopf gerathen war, hatte eine Reihe von Erstickungsanfällen und zeigte Symptome von Pleuro-Pneumonie. Es starb trotz der Tracheotomie.

Verf. erinnert daran, dass bei den kleinen Kindern der Tod meist durch Glottiskrämpfe zu Stande kommt. Darum muss man in Fällen dieser Art die Tracheotomie möglichst rasch machen. PAUL RAUGÉ.

93) **Alfred A. Lendon** (Adelaide S. Australia). **Ueber Fremdkörper in den Bronchien; mit einer Krankengeschichte. (On foreign bodies in the bronchi, with notes of a case.)** *Intercolonial Journal of Australia. 20. März 1898.*

7 jähriger Knabe inhalirte einen Hemdenknopf. Die nächsten 15 Monate litt der Knabe viel, anfangs nur an Dyspnoe und Husten, später an eitrigem Auswurf und Cachexie. Anfangs wurde auf Asthma, später auf Phthise diagnosticirt. Als L. den stark heruntergekommenen Jungen sah, war die ganze rechte Lunge vorn und hinten gedämpft. L. diagnosticirte Lungenabscess oder Empyem mit Durch-

bruch in einen Bronchus. Er resecirte ein Stück der 4. Rippe in der Axillarlinie, traf aber keinen Eiter. Als L. nun die Adhäsionen zwischen Ober- und Mittellappen löste, entleerte sich etwas Eiter, und L. hatte einen Augenblick das Gefühl, als ob er durch das Lungengewebe hindurch den Fremdkörper fühle. Der assistirende College aber konnte sich nicht davon überzeugen. Bald nachdem der Knabe den Operationstisch verliess, hustete er den Hemdenknopf aus. L. ist der Ansicht, dass er den Fremdkörper bei der Operation dislocirt hat. Der Knabe genas vollständig.

Verf. bespricht im Anschluss an seinen Fall die Symptomatologie der Fremdkörper in ihren verschiedenen Stadien und giebt einen Ueberblick über die einschlägige Literatur.

A. J. BRADY.

94) **H. Swift** (Adelaide S. Australia). **Zwei Fälle von Fremdkörper in den Luftwegen. (Notes on two cases of foreign bodies in the air passages.)** *Austral. Medical Gazette. 20. April 1898.*

Fall 1 betrift ein Kind von 2 Jahren. Drei Tage nach dem Unfall wurde die Tracheotomie gemacht. Der Operateur glaubte den Fremdkörper in der Wunde zu sehen, es gelang aber nicht, ihn zu fassen. Eine Canüle wurde eingelegt. Am 5. Tage starb das Kind plötzlich in einem Hustenanfall. Oberhalb der Tracheotomiecanüle fand sich eine kleine Schraube.

Fall 2. Kind von $3^1/_2$ Jahren, mit Dyspnoe und Croupsymptomen in das Krankenhaus aufgenommen, hat vor einem Monat ein Stück Nussschale inhalirt. Es wurde die Tracheotomie gemacht, der Fremdkörper aber nicht entdeckt. 20 Tage später wurde beim Wechseln und Reinigen der Canüle der Fremdkörper durch die Wunde ausgestossen. Das Kind genas.

S. erklärt, in Zukunft bei ähnlichen Fällen nicht mehr die Canüle einsetzen zu wollen, sondern die Trachealwunde mittelst Seidenfäden, die er durch ihre Ränder legt, offen zu halten.

A. J. BRADY.

95) **A. E. Wigg** (Adelaide S. Australia). **Zwei Fälle von Fremdkörper in den Luftwegen. (Two cases of foreign bodies in the air passages.)** *Australian Medical Gazette. 20. April 1898.*

Fall 1. Knabe von 4 Jahren, der beim Essen plötzlich einen Erstickungsanfall bekommen hatte. Er wurde bewusstlos, mit schwerster inspiratorischer Dyspnoe ins Krankenhaus gebracht, wo mit möglichster Beschleunigung die Tracheotomie gemacht wurde. Es fand sich ein Knochenstück, das zwischen den Stimmbändern steckend in die Trachea hinabreichte. Dasselbe wurde entfernt, und das Kind genas. W. beschreibt seine Operationsmethode. Er fixirt Larynx und Trachea zwischen Daumen und Zeigefinger der linken Hand, incidirt zwischen beiden Fingern und geht mit ein oder zwei Messerschnitten gerade auf die Trachea los, die er, ohne sie anzuhaken, sofort anschneidet und mit einer Zange auseinanderhält. Ohne die rapide Durchführung der Tracheotomie wäre der vorliegende Fall sicher nicht gerettet worden.

Fall 2. 30jährige Frau hatte sich unter Aethernarkose mehrere Zähne ziehen lassen. Einer war der Zange entglitten und verschwunden. Seither litt

die Patientin beständig an Husten. Jeder Versuch, sich zu bewegen oder zu sprechen, verursachte einen schweren Hustenanfall. Acht Tage später trat eitriger Auswurf ein. Die Tracheotomie wurde gemacht, der Fremdkörper aber wurde nicht ausgeworfen. Die Kranke starb. Bei der Section fand sich ein linksseitiges Empyem und in einem kleinen Bronchus der linken Lunge eingekeilt ein Bicuspidalzahn. Es ist wahrscheinlich, dass in einer früheren Periode, als noch durch Bewegungs- und Sprechversuche die heftigen Hustenanfälle ausgelöst wurden, als sich der Zahn also wohl in der Trachea auf und ab bewegte, die Tracheotomie hätte Hilfe bringen können. W. fragt, wie dieser unglückliche Zufall bei der Zahnextraction in Narkose zu vermeiden sei. (Durch Operiren am hängenden Kopf, wie bei der Exstirpation adenoider Vegetationen. Ref.) A. J. BRADY.

96) **A. J. Brady** (Sydney N. S. W.). **Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air passages.)** *Australian Medical Gazette. 20. Mai 1898.*

Verf. empfiehlt alle Zahnextractionen unter Narkose und am hängenden Kopf, also ebenso wie die Entfernung von Adenoiden im Nasenrachenraum, vorzunehmen. Auf diese Weise wird das Hinuntergleiten der Zähne und das Eindringen von Blut in die Luftwege am besten vermieden. Autoreferat.

97) **J. C. Verco** (Adelaide S. Australia). **Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air-passages.)** *Austral. Med. Gazette. 20. Mai 1898.*

Verf. berichtet über 4 Fälle. Zwei Fälle betreffen Kinder von 3 Jahren; beide hatten einen Melonenkern inhalirt. Beim einen wurde der Kern unmittelbar nach der Tracheotomie ausgeworfen. Beim anderen wurde die Tracheotomie verweigert, und der Fremdkörper blieb über 5 Monate in den Luftwegen. Während dieser ganzen Zeit bestanden keuchhustenähnliche Anfälle von Krampfhusten. In einem derselben wurde der Fremdkörper schliesslich ausgestossen, und das Kind genas.

Fall 3 und 4 betreffen Frauen von 27 resp. 39 Jahren. Beiden war bei einer Zahnextraction unter Lachgasnarkose ein Zahn in die Luftwege gerathen. Keiner derselben hatte der Zahnarzt von dem Unfall etwas gesagt oder auch nur angedeutet. In einem Falle wurde zuerst eine Influenza diagnosticirt. Später fand sich eine Dämpfung über dem rechten unteren Lungenlappen, es trat übelriechender Auswurf ein und Anfälle von Krampfhusten beim Aufsetzen und Hinlegen. Nach 12 wöchentlicher schwerer Erkrankung wurde ein Zahn ausgehustet und die Patientin genas. Die zweite Patientin hustete 3 Wochen nach der Zahnextraction einen abgebrochenen Zahn aus. Der Fremdkörper aber hatte unterdess schon einen Lungenabscess und ein grosses Empyem entwickelt. Beim Durchbruch des Eiters wurden die Bronchien so stark überfluthet, dass die Patientin erstickte.

Bei der Discussion, die sich in der Australian Branch of the B. M. A. an V.'s Mittheilung anschloss, berichtete Martin über zwei den letzterwähnten ganz ähnliche Fälle. J. K. Hamilton glaubt, dass Kirstein's Methode der Autoskopie für das Finden und Entfernen von Fremdkörpern der Luftwege gute Dienste zu leisten vermag. A. J. BRADY.

98) **L. E. Barrett** (Dunedin N. Zeland). **Entfernung eines Fremdkörpers aus dem linken Bronchus eines Kindes. (Removal of a foreign body from the left bronchus of a child.)** *Australian Med. Gazette. 20. Juni 1898.*

B. berichtet in einem vor der N. Zeland Branch der B. M. A. gehaltenen Vortrage über einen interessanten Fall, den er bei einem 10 Monat alten Kinde beobachtet hat. Die Tracheotomie wurde gemacht, als die Symptome des Fremdkörpers bereits 3 Tage bestanden. Von der Trachealwunde aus liess sich eine Sonde leicht in beide Bronchien führen, man fühlte bei der Bifurcation etwas Rauhes, wie Knistern. Mit der Zange oder durch Inversion des Kindes liess sich der Fremdkörper nicht entfernen. Bei einem zweiten Versuche an demselben Tage gelang es, mit einer Toynbee'schen Ohrenzange ein Stück einer Krebsscheere von 1 Zoll Länge und 1 Zoll Durchmesser aus dem linken Bronchus zu extrahiren. Die röhrenförmige Natur des Fremdkörpers hatte die Passage der Luft und auch das Einführen der Sonde ermöglicht. In der sich anschliessenden Discussion berichteten mehrere Anwesende über Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen.

A. J. BRADY.

99) **G. A. Fischer** (Adelaide S. Australia). **Fremdkörper in der Glottis $3^1/_2$ Monate ohne Symptome vorhanden. (Foreign body in the glottis for three and a half months without causing symptoms.)** *Australian Medical Gazette. 20. October 1898.*

12jähriger Knabe hatte vor 3—4 Monaten eine Nadel verschluckt, dies aber, da sich keinerlei Folgen einstellten, ganz wieder vergessen, bis er jetzt durch eine kitzelnde Sensation im Halse und durch Husten wieder daran erinnert wurde. F. fand bei der Untersuchung das rechte Taschenband und den rechten Aryknorpel stark geschwollen und die Bewegungen des rechten Stimmbandes stark herabgesetzt. Ein erbsenartiger Körper lag auf dem rechten Taschenband, durchbohrt von einer Nadel, die zum grösseren Theile in dem Taschenbande steckte. Das Ganze wurde mit der Zange entfernt.

A. J. BRADY.

100) **Mager** (Wien). **Ein Fall von Broncholithiasis.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 11. 1898.*

28jährige Frau hustete in unregelmässigen Zeitintervallen verschieden grosse Concremente aus, die meist von leicht blutig tingirtem Schleim umhüllt waren. Dieselben bestanden vorwiegend aus phosphorsaurem Kalk und phosphorsaurer Magnesia und zeigten die Verästelungen der Bronchien, sodass die Annahme einer primären Broncholithiasis gerechtfertigt erscheint.

CHIARI.

101) **Fischl. Granulationsstenose nach Tracheotomie.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Octobersitzung 1897. — *Wiener med. Wochenschr. No. 3. 1898.*

Tubage, Heilung.

CHIARI.

102) **Wolkowitsch. Ueber Hindernisse bei Entfernung der Tracheotomieröhre und über die Beseitigung derselben vermittelst der Intubation. (O prepjatstwii k udaleniju tracheotomitscheskoi trubki i ob netranenii jich intubazi.)** *Letopis r. chir. 5. 1898.*

Beobachtung von 5 Fällen, in denen die Entfernung der Trachealcanüle

Suffocation hervorrief. Die Intubation beseitigte die Schwellungen viel leichter als jede Aetzung.

P. HELLAT.

103) **W. J. van Stockum** (Haag). **Tamponirende Intubation. (Tamponneerende intubatie.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. S. 178. 1898.*

Der Gebrauch der Trendelenburg'schen Tampon-Canüle ist mit Unbequemlichkeiten verknüpft, und die meisten Chirurgen benutzen dieselbe so wenig wie möglich. Wir bedürfen einer Methode, welche nicht nur während, sondern auch nach der Operation das Herabfliessen von Blut und Secreten verhindert. Dieser Anforderung entspricht die von S. erfundene Combination der O'Dwyer'schen Tube mit einem dieselbe umschliessenden Gummisäckchen, welches, nachdem die Tube eingeführt worden, aufgeblasen wird. Der Patient athmet durch die Tube, welche mit einer, gewöhnlich durch die Nase oder auch durch den Mund nach aussen correspondirenden, elastischen Röhre verbunden ist. Ein zweiter Tampon aus gepresstem Schwamm, welcher sich über dem elastischen befindet, verhindert grösstentheils das Herabfliessen von Blut während der Operation. Wenn man nach der Operation die Luft aus dem Gummi-Tampon entweichen lässt, kann die Tube einige Tage in situ bleiben. S. theilt 2 Fälle mit, welche er mit Hilfe dieses Apparates operirt hat.

H. BURGER.

104) **Wm. K. Simpson, D. Bryson Delavan, Chas. H. Knight u. a. Die Intubation. (Intubation.)** *N. Y. Medical Record. 12. März 1898. N. Y. Med. News. 19. März 1898.*

Der Artikel ist ein Resumé einer Discussion in der New York Academy of Medicine über die Intubation.

Simpson führt an, dass früher die Tube durchschnittlich 6—7 Tage liegen blieb, seit der Serumtherapie aber nur 3—4 Tage. Persönlich zog er es vor, in der Privatpraxis die Tube höchstens 5 Tage liegen zu lassen. Zweifelsohne aber kann in manchen Fällen die Tube früher entfernt werden, ohne dass es nöthig ist, sie wieder einzuführen. Hauptindicationen zur Extubation vor der Zeit sind starke Beschwerden und Druckschmerzen, schwere Hustenanfälle und plötzliche Stenosirung durch eine die Tube versperrende Membran. Dieser letztere Zufall kommt bei den mit Serum behandelten Fällen vielleicht eher vor, weil das Serum zur früheren Exfoliation der Membranen Anlass giebt.

Längere Retention der Tube: In gewissen Fällen wird die Stenose permanent und ein längeres Liegenlassen der Tube ist erforderlich. Die besten Ausführungen über diese Seite der Frage verdanken wir O'Dwyer, der in einer im vergangenen Jahre publicirten Arbeit der Ansicht Ausdruck gab, dass die Ursachen dieser Complication sich zusammenfassen lassen in dem einen Wort: Trauma. Die Verletzung des Larynx kommt durch eine schlecht passende oder unrichtig construirte, durch eine zu lange oder nicht glatte Tube oder dergl. zu Stande.

Prognose. Die Prognose der Intubation ist bei der combinirten Behandlung mit Serum und Intubation eine recht günstige. Die Heilungen betragen jetzt 27—31 pCt. gegen 59—75 pCt. der früheren Periode.

D. Bryson Delavan sprach über die Intubation bei chronischer Stenose. Die Intubation brachte Nutzen bei folgenden Zuständen: 1. bei narbiger Stenose nach Verletzungen der Weichtheile; 2. bei Einengung des Raumes oberhalb und unterhalb der Stimmbänder durch einfache, tuberculöse oder syphilitische Entzündung: 3. in Fällen von Tracheotomie, bei denen nach längerem Tragen der Trachealcanüle der obere Theil der Luftröhre sich mit Granulationen erfüllt hatte; 4. bei einer grösseren Zahl von Fällen von Papillomen des Larynx; 5. bei Deformirung des Kehlkopfs durch Traumen oder Erkrankung des Knorpelgerüsts; 6. bei Ankylose des Cricoid- und Arytaenoidgelenks oder bei Arthritis deformans dieser Gelenke; 7. bei manchen Nervenaffectionen, z. B. bei doppelseitiger Abductorlähmung. Bei allen diesen Fällen leistete die Intubation folgendes: 1. sie erleichterte die schwere Dyspnoe; 2. sie beförderte die Resorption durch den Druck; 3. sie führte zur Dehnung von Contracturen und narbigen Zügen und Verwachsungen; 4. sie bewirkte eine forcirte Bewegung der ankylotischen Gelenke; 5. sie ermöglichte in den Fällen von Lähmung das Auseinanderweichen der Stimmbänder für eine genügend lange Zeit, bis die Behandlung, soweit dies überhaupt möglich, des Grundleidens Herr wurde.

Charles H. Knight behandelte die Intubation bei acuter Stenose. Die vorzüglichen Resultate der Intubation bei Diphtherie haben den Werth dieser Behandlungsmethode für andere acute Stenosen in den Hintergrund treten lassen. Die Scarification reicht nicht immer aus, um das Glottisoedem zu heilen. Hier ist die Intubation der ideale Eingriff. Nur ist eines zu beachten, dass nämlich das Oedem so ausgebreitet sein kann, dass es das eine oder andere Ende der Tube überschreitet und so deren Oeffnung verschliesst. Freilich ist der obere Theil des Larynx, der am meisten vom Oedem bevorzugt ist, dem Messer am besten zugänglich. Ein hervorragender Autor hat für die Intubation folgende Indicationen aufgestellt: 1. Glottisspasmus aus irgend einer Ursache. 2. Schwere Fälle von Laryngismus bei Kindern. 3. Verdacht auf Fremdkörper in der Trachea. 4. Athemnoth nach Traumen des Larynx, bedingt durch Haematom, Empyem u. dergl. Redner selbst hat die Intubation erst in einem Falle von Spasmus laryngis vorgenommen. Bei Laryngismus stridulus kommt man mit allgemeiner oder localer Medication meist aus, so dass selten die Frage des chirurgischen Eingriffs an den Arzt herantritt.

LEFFERTS.

105) **Rabot. Die Intubation des Kehlkopfs. (De l'intubation du larynx.)** *Journ. de méd. de Paris. 13. Februar 1898.*

R. bespricht in ausführlicher Weise die Technik der Intubation, ihre Indicationen und die Zufälle, zu denen sie Anlass geben kann. 4mal unter 300 Fällen wurden Convulsionen beobachtet, die sofort zum Stillstand kommen, sobald man an dem Faden der Tuben zieht. In solchen Fällen müssen die Kinder tracheotomirt werden. Ulcerationen an den Stimmbändern sah R. nie; 4mal beobachtete er Adenophlegmonen unter der Thyroidea. Kehlkopfkrampf nach der Extubirung ist häufig und kann wochenlanges Fortsetzen der Tubage nöthig machen.

A. CARTAZ.

106) **Chas. L. Greene. Die Intubation des Kehlkopfs und der Brechakt. (Laryngeal intubation and the act of vomiting.)** *N. Y. Med. Journal. 1. Jan. 1898.*

G. giebt von Neuem der Meinung Ausdruck, dass die Aufhebung der Fähigkeit, den Athem anzuhalten, auch die Möglichkeit des wirklichen Erbrechens aufhebt. Brechbewegungen können gemacht werden, doch wird nichts aus dem Magen ausgeworfen. G. wiederholt seinen Vorschlag, in verzweifelten Fällen von unstillbarem Erbrechen die Intubation des Kehlkopfs vorzunehmen. Er empfiehlt dazu eine besondere Tube, da die O'Dwyer'sche diesem besonderen Zwecke nicht ganz entspricht. G. hatte, seit er auf den eben entwickelten Gedanken kam, noch keine Gelegenheit, ihn zu erproben; er sah seither noch keinen Fall von Erbrechen, der nicht auf weniger heroische Mittel hin zum Stehen gekommen wäre. Er berichtet aber über Versuche von Wilcox, der Hunde intubirte, dann ihnen Apomorphin injicirte, den Rachen kitzelte u. s. w. Sobald die Tube entfernt war, erbrachen die Thiere heftig; bis dahin kamen Würgbewegungen zu Stande, doch nicht der Effect des Erbrechens. Wilcox betont auch, dass er niemals Erbrechen sah, wenn die Tracheotomie ausgeführt war. Green fragt die Praktiker, ob sie bei Intubirten oder Tracheotomirten je Erbrechen sahen. LEFFERTS.

107) **Edwin Rosenthal. Die modificirte O'Dwyer'sche Tube. (The modified O'Dwyer tube.)** *N. Y. Med. Record. 9. April 1898.*

R. bestreitet, dass O'Dwyer der Erfinder der Intubationsröhre aus Hartgummi war. LEFFERTS.

108) **Walter L. Carr. O'Dwyer- und Fischer-Tuben. (The O'Dwyer and Fischer tubes.)** *N. Y. Med. Record. 30. April 1898.*

Gegenüber einer Mittheilung von Edwin Rosenthal, der es im Med. Record vom 9. April „als Pflicht gegen den Lebenden, wie gegen den Todten" bezeichnet, festzustellen, dass die Erfindung der Hartgummi-Tube auf Louis Fischer und nicht auf den verstorbenen O'Dwyer zurückzuführen ist, stellt Verf. die durchaus selbstständigen, auf anatomischen Untersuchungen basirenden Verdienste O'Dwyer's fest, welche irgend welche Prioritätsansprüche Fischer's an die Hartgummitube nicht zu schmälern vermögen. LEFFERTS.

109) **Louis Fischer. Die O'Dwyer'schen und die Fischer'schen Tuben. (The O'Dwyer and Fischer tubes.)** *N. Y. Med. Record. 11. Juni 1898.*

Von rein localem Interesse. LEFFERTS.

110) **Sabrazès** und **Cabannes. Tracheocele im Anschluss an eine Suspension. (Trachéocèle consécutive à une séance de suspension.)** *Gaz. hebd. des Scienc. Med. No. 39. 25. September 1898.*

Der Unfall betraf einen 65jährigen Tabiker, der gleichzeitig tuberculös war. Nach einer Suspension, die ziemlich stark zubemessen war, trat an der linken Seite des Halses ein Tumor auf, der sich auf einen minimalen Umfang eindrücken lässt. Nach der Aussage der Verff., ist dies der einzige derartige Unfall, der bei der Suspensionsbehandlung vorgekommen ist. E. J. MOURE.

111) **H. Koschier** (Wien). **Ein Beitrag zur Kenntniss der Trachealtumoren.** *Wiener med. Wochenschr. No. 35. 1898.*

Es handelt sich um ein Carcinoma cylindromatosum unterhalb des rechten Stimmbandes bei einer 40jährigen Frau. Unterhalb dieses Tumors sass ein zweiter von derselben Beschaffenheit. Die Trachea ist bis auf einen kleinen Spalt verengt. Nach vorhergegangener Cocainisirung wurde mit einem von Professor Störk für diesen Fall eigens construirten Instrument (scharfer Löffel mit nach abwärts schneidender Kante, welcher an einem mit einer entsprechenden Krümmung versehenen starren Stahlstabe angelöthet ist) der Tumor in einigen Sitzungen entfernt. In Fällen, in denen eine Radicaloperation ausgeschlossen ist, hält K. dieses von Störk angegebene Instrument für ganz vorzüglich. CHIARI.

f. Schilddrüse.

112) **Herman Munk. Zur Lehre von der Schilddrüse.** *Virchow's Arch. Bd. 150. p. 271.*

M. berichtet über seine fortgesetzten Versuche an Affen, Hunden, Kaninchen und Katzen, deren Resultate ihn auf seiner früheren, der herrschenden Lehre von der Bedeutung der Thyreoidea entgegengesetzten Anschauung beharren lassen. Er sucht in ausführlichen Darlegungen zu erweisen, dass die Schilddrüse ein lebenswichtiges Organ nicht ist; dass ebensowenig nach ihrem Verluste Producte des normalen Stoffwechsels, welche das Centralnervensystem angreifen, eine Vergiftung herbeiführen; dass die nach der Schilddrüsenexstirpation bisweilen am Thier beobachtete Cachexie gar nicht durch den Ausfall der Drüse bedingt ist und auch durch die künstliche Zufuhr von Schilddrüsensubstanz weder verhütet noch beseitigt wird. F. KLEMPERER.

113) **Max Leonhardt** (Breslau). **Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung der Schilddrüse für das Wachsthum im Organismus.** *Virchow's Arch. Bd. 149. p. 341.*

Verf. zieht aus seinen Untersuchungen an jungen Hunden und Kaninchen, denen er die Thyreoidea exstirpirte, den Schluss: dass das Wachsthum und die normale Beschaffenheit des Skeletts unter dem thyreopriven Zustande erheblich leiden, die grossen Unterleibsdrüsen (Leber und Niere) aber durch den Eingriff der Thyreoidectomie weder an Wachsthums- noch an Recreationskraft Einbusse erfahren. Die Hypophysis erfährt nach Entfernung der Schilddrüse fast regelmässig eine Volumenszunahme, die wesentlich auf Zellvergrösserung, in geringerem Maasse nur auf Zellvermehrung beruht. F. KLEMPERER.

114) **E. v. Zyon. Physiologische Beziehungen zwischen den Herznerven und der Schilddrüse.** *Centralbl. f. Physiol. No. 8. 1898.*

Bei Kaninchen, Hund und Pferd erzeugt die Reizung der dritten Wurzel des N. depressor auf reflectorischem Wege eine starke Senkung des Blutdrucks mit Beschleunigung der Herzschläge. Die vom N. laryng. sup. herkommende Wurzel

des N. depressor dient hauptsächlich zur Verbindung des Herzens mit der Schilddrüse und gestattet ersterem direct einen Einfluss auf die Function der Schilddrüse.

Das Baumann'sche Jodothyrin, direct in die Blutcirculation eingeführt, beeinflusst in hohem Grade die Nerven des Herzens und die Gefässe, besonders den N. depressor. Diese Beziehungen erklären in ungezwungener Weise die Entstehung der Basedow'schen Krankheit.

A. ROSENBERG.

115) **E. v. Zyon. Ueber die Beziehungen der Schilddrüse zum Herzen. Zweite Mittheilung.** *Centralbl. f. Physiol. No. 11. 1898.*

Die von den Laryngei zur Schilddrüse verlaufenden Nerven enthalten machtvolle gefässerweiternde Fasern. Die Erregungen derselben werden der Schilddrüse vom Herzen direct durch die Nn. depressor und die Rr. cardiaci der Nn. recurrentes zugeleitet.

Vom Gangl. cerv. sup. erhält die Schilddrüse gefässverengernde Fasern.

Das von ihr gebildete Jodothyrin vermag die Erregbarkeit der Depressoren und Vagi erheblich zu steigern.

Bei gewissen Schilddrüsenerkrankungen, namentlich bei Cachexia strumipriva, beobachtet man bei Thieren eine bedeutende Verminderung in der Erregbarkeit der Depressoren und Vagi, die durch Jodothyrin wieder gehoben wird. — Die Exstirpation der Schilddrüse steigert die Erregbarkeit der Nn. accelerantes und der sympathischen gefässverengernden Fasern.

Mehrmals wurde 48 Stunden nach Schilddrüsenexstirpation Exophthalmus und Pupillenerweiterung von Z. bei seinen Versuchsthieren beobachtet.

Die erregende Wirkung des Jodothyrin auf die Depressoren und Vagi rührt nicht vom Jod her.

A. ROSENBERG.

116) **W. Lindemann. Ueber das Verhalten der Schilddrüse beim Icterus.** *Virchow's Archiv. Bd. 149. p. 202.*

Verf. untersuchte die Schilddrüsen mehrerer an tödtlichem Icterus verstorbener Menschen und constatirte eine in mächtigem Anwachsen der Füllung der Lymphbahnen zum Ausdruck kommende Steigerung der Colloidsecretion. Verf. sieht darin eine Bekräftigung der Anschauung, dass die Schilddrüse eine antitoxische Function besitzt. Bei Undurchgängigkeit des Choledochus und Ueberladung des Blutes mit Giften wird diese zu erhöhter Arbeit angeregt.

F. KLEMPERER.

117) **Rivière. Schilddrüsentherapie und Genitalfunctionen. (Thyreoid medication and the genital functions.)** *N. Y. Med. Journal. 7. Mai 1898.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von Gichtikern von 36 resp. 40 Jahren, die eine Zeit lang Thyroidtabletten zur Minderung ihrer Fettleibigkeit nahmen und dabei vollkommen impotent wurden. Auf der anderen Seite hat Dr. Polosson 2 Fälle von hartnäckiger Amenorrhoe mit Erfolg durch Schilddrüsensubstanz behandelt.

LEFFERTS.

118) **Mossé** und **Cathala** (Toulouse). **Angeborener Kropf bei einem Säugling geheilt durch Schilddrüsenernährung der stillenden Mutter. (Goitre congénital**

guéri chez un nourisson par l'alimentation thyroidienne de la nourrice.) *Acad. de Médecine. 12. April 1898.*

Dreimonatliches Kind mit einem angeborenen zweilappigen Kropf, genährt von der Mutter, die ebenfalls einen Kropf hat. Die Mutter bekam täglich zwei Thyroidintabletts, entsprechend etwa 1,50 g der Schilddrüse.

Weder bei der Mutter, noch bei dem Säugling traten Symptome von Thyroidismus auf. Der Kropf der Mutter zeigte bald eine Abnahme, bei dem Kind war die Kropfgeschwulst nach 4 Monaten vollständig verschwunden.

PAUL RAUGÉ.

119) **Franz Limacher** (Flühli). **Ueber Blutgefässendotheliome der Struma; mit einem Anhang über Knochenmetastasen bei Struma maligna.** *Virchow's Arch. Bd. 151. Suppl. p. 113.*

Verf. giebt eine ausführliche Beschreibung zweier Fälle von Struma nodosa, die insofern eine Seltenheit darstellen, als ihr Ausgangspunkt das Endothel der Blutgefässe ist. Beim ersten ist nur das Endothel der Capillaren in Wucherung begriffen, beim zweiten ist auch das der Venen betheiligt. Die Entwicklung beider Tumoren ist eine verschiedenartige; der erste gleicht mehr einem reticulären oder alveolären Sarcom, der zweite hat den Bau einer cavernösen Geschwulst.

Anlässlich einer Metastase im Sternum, die er bei seinem ersten Fall beobachtet, giebt Verf. im Anhang seiner Arbeit eine Zusammenstellung über die Häufigkeit der Knochenmetastasen bei Struma maligna.

F. KLEMPERER.

120) **Bufnoir** und **Milian. Epitheliom der Schilddrüse in die Trachea eindringend. (Epitheliome du corps thyroide ayant pénétré dans la trachée.)** *Soc. anatom. Paris. 1. April 1898.*

52jährige Frau, in das Krankenhaus aufgenommen wegen Erstickungsanfällen, die durch einen die Luftröhre comprimirenden Tumor der Schilddrüse bedingt sind. Es besteht keine Stimmbandlähmung. Die Pat. stirbt plötzlich in einem Anfall von Dyspnoe am Morgen vor der beabsichtigten Operation.

Die Section ergiebt einen orangengrossen, harten, weisslichen Tumor der Schilddrüse, der mit den benachbarten Organen nicht verwachsen ist; keine Drüsenschwellung. Die Trachea ist in einer Ausdehnung von 3—4 cm perforirt; von dem Tumor ausgehende Vegetationen verschliessen einen grossen Theil ihres Lumens.

A. CARTAZ.

121) **Pfeiffer** (Eichelsbach). **Struma maligna (sarcomatosa).** Dissert. Würzburg 1898.

Exstirpation einer malignen Struma (Schönborn), welche den Rachen comprimirt hatte und mit der seitlichen Pharynxwand und mit dem Cartilago thyreoidea verwachsen war. Tracheotomie nach der Exstirpation. Tod nach 2 Tagen an Schluckpneumonie. Anatomische Diagnose: kleinzelliges Rundzellensarcom.

SEIFERT.

122) **Vignard** (Lyon). **Die Durchschneidung des Sympathicus. (Section du sympathique.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 10. Februar 1897.*

V. stellt die 6. von Jaboulay operirte Kranke vor, eine Frau, die seit

2—3 Jahren an Exophthalmus, Zittern und Tachycardie gelitten, aber keinen äusserlich sichtbaren Kropf hatte. Da die interne Behandlung ohne Resultat geblieben war und die Symptome an Schwere zunahmen, durchschnitt Jaboulay am 26. Januar beiderseits den Halssympathicus und entfernte beiderseits das obere Halsganglion.

Bei der Operation wurde von hinter dem Sternocleidomastoideus vorgegangen, wobei besser, als auf jede andere Weise, die grossen Gefässe und der Vagus geschont werden.

Das von den Nerven resecirte Stück betrug über 2 cm. Sogleich nach dem Nervenschnitt traten die Bulbi in die Augenhöhlen zurück und die Pupillen contrahirten sich. Die Operationswunde verheilte per primam. Das Zittern hat erheblich nachgelassen. Der Puls ist von 110 auf 95 gefallen, bisweilen beträgt er 105; doch fehlen die Anfälle von Palpitation vollständig. Auch der nervöse Reizzustand ist wesentlich geringer geworden. PAUL RAUGÉ.

123) **R. H. Fitz. Ein Fall von Myxoedem mit Albumosurie behandelt mit Schilddrüsenextracten. (A case of myxoedema and albumosuria. Treatment with thyroid extracts.)** *N. Y. Med. Record. 14. Mai 1898.*

Verf. macht auf die Albumosurie besonders aufmerksam, da Albumen sich häufig bei Myxödem findet und Albumosurie leicht für Albuminurie gehalten werden kann. Salpetersäure gab einen Niederschlag in dem Urin, der beim Erhitzen verschwand, aber beim Erkalten wiederkehrte. Weiter ist an F.'s Fall interessant, dass das Thyroidextract nur vorübergehend Besserung brachte; das Mittel ist also bei Myxödem keineswegs unfehlbar. LEFFERTS.

124) **Korsakow. Fall von Myxoedem im frühen Kindesalter. (Slutschai mixedema w rannem dietskom wosraste.)** *Dietsk. Med. No. 2. 1898.*

Mittheilung eines Falles im Alter von 7 Monat. Das Thyreodin brachte in 4—5 Tagen eine sichtliche Besserung zu Wege. P. HELLAT.

125) **Russow. Fall von Myxoedem bei einem $2^1/_2$jährigen Mädchen. (Slutscha slisistowo oteka y $2^1/_2$ letnei diewotschki.)** *Bolnitsch. Gazeta. No. 35. 1898*

Das Kind wurde im Krankenhause 211 Tage beobachtet. Die Schilddrüsenpräparate wirkten sehr günstig. Tod nach Masern. Die Schilddrüse ist rudimentär vorhanden. P. HELLAT.

126) **Henry Koplik und andere. Die schliesslichen Resultate der Thyroidtherapie bei sporadischem Cretinismus. (The ultimate results of thyroid treatment in sporadic cretinism.)** *N. Y. Med. Record. 2. April 1898.*

In der Sitzung der New York Academy of Medicine vom 17. März 1898 wurde die Frage der Schilddrüsenbehandlung bei sporadischem Cretinismus erörtert. Es wurde ausgeführt, dass es sich in manchen Fällen um Brachycephalen handelt und dass Hydrocephalus und Cretinismus fälschlicher Weise oft zusammengeworfen werden. Nur bei reinem Cretinismus ist ein Erfolg zu erwarten, und zwar wirkt am besten die Drüse selbst. Die Zukunft dürfte daher der Schilddrüsentransplantation gehören. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

127) **Michel Gangolphe** (Lyon). **Die digitale Exploration des Oesophagus in seiner ganzen Länge. (De l'exploration digitale de l'oesophage dans toute sa longueur.)** *Société de chirurgie de Lyon. 17. Mai 1898.*

G. nahm die Idee von Richardson, das Oesophagusrohr durch eine Combination von äusserer Gastrotomie und Oesophagotomie zu exploriren, wieder auf und operirte an 22 Cadavern in der Weise, dass er

1. eine weite Gastrotomie machte, welche die Einführung der ganzen Hand in den Magen ermöglichte, und
2. die Oesophagotomie externa so tief als möglich vornahm.

Er kam dabei zu dem Resultat, dass bei Menschen von kleinem Wuchs die beiden von oben und unten her eingeführten Finger leicht in Berührung kommen.

Bei weniger günstigen Verhältnissen bleibt ein inexplorabler Raum, der aber 7 cm nicht überschreitet.

Die Chance, dass man einen Fremdkörper von einiger Länge mit dem einen oder dem anderen Finger erreicht, ist demnach eine grosse.

PAUL RAUGE.

128) **Kirstein** (Berlin). **Ueber Oesophagoskopie.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 27. 1898.*

Verf. bezeichnet die von Mikulicz erfundene Methode der Oesophagoskopie als eine geniale, nicht so sehr ihrer Nützlichkeit halber, die an die der Laryngoskopie, der Ophthalmoskopie, ja selbst der Cystoskopie nicht heranreiche, sondern weil sie etwas durchaus Neues, Eigenartiges enthält, nämlich die Entdeckung und Nutzbarmachung der Thatsache, dass sich fast bei jedem Menschen ein gerades, bequemsten Durchblick gestattendes Rohr (sanft oder unsanft) in die Speiseröhre einführen lässt. Die Methode Mikulicz's ist später wesentlich vervollkommnet worden durch Hacker, und Rosenheim hat sich für ihre Popularisirung ein unbestreitbares Verdienst erworben.

Auch der Verf. ist durch die Mittheilungen Rosenheim's angeregt worden, sich mit der Oe. zu befassen. Er ist dabei in Betreff der Oesophagoskopirbarkeit normaler Individuen zu interessanten Ergebnissen gelangt, die er an anderer Stelle so präcisirt hat: die Oesophagoskopirbarkeit ist eine Function der Autoskopirbarkeit.

Bezeichnet man nämlich den Eindruck des Oesophagoskops in die Zunge als Tubusrinne, den des Spatels als Spatelrinne, so ergiebt sich: Liegt die Tubusrinne weit ausserhalb der Spatelrinne (d. h. auf dem Medianschnitt mit einem nach hinten offenen Winkel, dessen vorderen Schenkel das Spatelblatt bildet. D. Ref.), so gelingt die Oe. spielend leicht. Fällt die Tubusrinne mit der Spatelrinne ungefähr zusammen, so gelingt die Oe. noch ohne besondere Schwierigkeit. Kreuzt sich die Tubusrinne mit der Spatelrinne, so ist die Oe. ohne Gewaltanwendung unmöglich. Alles das bezieht sich auf die mediane Oesophago-

skopie, d. h. die, bei der das Oesophagoskop in der Mediane des Zungenrückens liegt.

In manchen Fällen, wo die mediane Oe. misslingt, führt die laterale Oe. zum Ziele. — Verf. untersucht am sitzenden Pat., gewöhnlich ohne Cocainisirung, unter Leitung des Auges, indem er sich bei guter Beleuchtung den Eingang der Speiseröhre mit dem Zungenspatel freilegt. ZARNIKO.

129) **Merkel** (Stuttgart). **Ueber Oesophagoskopie.** *Med. Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 34. 1898.*

M. berichtet über 4 Fälle, bei welchen er die Oesophagoskopie mit dem von Rosenheim angegebenen Instrument vornahm: 1. Fall von Oesophagismus; 2. Fall von Fremdkörper (Haken), der aber offenbar schon tiefer geglitten war, da weder durch Oesophagoskopie, noch durch Röntgenstrahlen ein solcher aufgefunden werden konnte; 3. Verletzung der Speiseröhre durch ein Knochenstück; 4. Carcinom der Speiseröhre. Laminariastifte unter der Leitung der Oesophagoskopie durch die verengte Stelle eingeführt, brachten immer für einige Zeit Erleichterung des Schluckens. SEIFERT.

130) **Kuhn** (Kassel). **Die Priorität der Sondirung von Oesophagus, Magen und Eingeweiden mittelst der Spiralsonden.** *Centralbl. f. innere Med. 30. 1898.*

Nicht weiter von Interesse. SEIFERT.

131) **v. Hacker** (Innsbruck). **Ueber Fremdkörper im Oesophagus und deren Entfernung mittelst der Oesophagoskopie.** Wissenschaftl. Aerztegesellschaft in Innsbruck, Sitzung vom 23. April 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 21. 1898.*

Demonstration mehrerer Fremdkörper aus dem normalen oder verengten Oesophagus mittelst des Oesophagoskops. Erörterung der das Leben unmittelbar bedrohenden Symptome, des häufigsten Sitzes der Fremdkörper. Nähere Besprechung einiger der interessantesten Fälle. CHIARI.

132) **G. Heaton. Drei Fälle von Fremdkörper in der Speiseröhre. (Three cases of foreign bodies in the oesophagus.)** *Brit. Med. Journal. 4. Juni 1898.*

Fall 1 betrifft einen Knaben, der ein kleines Pfeifchen verschluckte. Dasselbe liess sich mit der Zange nicht entfernen und es wurde am nächsten Tage an der linken Seite die Oesophagotomie gemacht. Der Knabe genas. In den beiden anderen Fällen handelt es sich um Kinder von 13 und 18 Monaten, die Münzen verschluckt hatten. In einem Falle wurde das Geldstück mit dem Münzenfänger, im anderen mit der Zange entfernt. In allen 3 Fällen wurde mit Nutzen der Skiagraph angewendet. ADOLPH BRONNER.

133) **K. S. Górski** (Odessa). **Seltener Fall von Oesophagotomie zur Extraction eines Fremdkörpers.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 25. 1898.*

Ein 6jähriges Mädchen verschluckt beim Spielen einen Angelhaken, der ältere, den Angler darstellende Bruder zieht die Schnur an und hakt ihr den Haken in die Speiseröhrenwand fest hinein. Am 7. Tage wird sie sehr abge-

magert (sie hatte die letzten 4 Tage nichts schlucken können) mit starker linksseitiger Schwellung am Halse ins Odessaer städtische Spital gebracht. G. findet bei der Oesophagotomie den Haken und kneift ihn ab. Beim Zurückziehen der Schnur folgt der daransitzende Rest nicht. Wie sich herausstellt, war der Haken ein doppelter, von dem die eine Hälfte noch festsitzt. Nach Entfernung des Stückes glatte Heilung. Pat. wird am 18. Tage entlassen. ZARNIKO.

134) **Feige** (Niesky). **Fremdkörper im Oesophagus.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 27. 1898.*

35jähriger Arbeiter verschluckt einen Knochen. Am andern Tage geht F. zuerst mit einem Grätenfänger, darauf mit einem Münzenfänger ein und entfernt durch forcirten Zug ein 5 cm langes, $2^1/_2$ cm breites, plattes Knochenstück.

ZARNIKO.

135) **J. Anderson. Spastische Oesophagusstrictur. (Spasmodic stricture of the oesophagus.)** *Brit. Med. Journ. 25. Juni 1898.*

Verf. hatte einen Anfall der Krankheit in Westindien und hat dort mehrere andere Fälle beobachtet. Alle waren mit Malaria verbunden und wurden durch Tct. Belladonnae und Liquor arsenicalis geheilt. ADOLPH BRONNER.

136) **J. R. Russell. Diagnose und Behandlung der spasmodischen Oesophagusstrictur. (Diagnosis and treatment of spasmodic stricture of the oesophagus.)** *Brit. Med. Journ. 4. Juni 1898.*

Strictur des Oesophagus durch Muskelkrampf, nahe der Cardia des Magens, ist nicht so selten. Verf. berichtet über 6 Fälle. Der erste Fall wurde dadurch geheilt, dass ein Ballon durch die Strictur geführt und dann aufgeblasen wurde. Fall 2 besserte sich nicht und der Patient ernährte sich 6 Jahre lang durch die Magenpumpe. Fall 3 wurde durch dilatirende Bougies geheilt, der 4., 5. und 6. Fall mit Hilfe des Jaques'schen Dilatators. In den meisten Fällen dieser Art kann man die Strictur mit der Magensonde nicht fühlen. In allen Fällen von anhaltendem Erbrechen, das nicht durch Magenkrankheit erklärt ist, soll man auf Strictur Acht haben. ADOLPH BRONNER.

137) **J. W. Moore. Krebs des Oesophagus mit secundären Geschwülsten, welche die Trachea und die rechte Art. subclavia perforirten. (Cancer of the oesophagus with secondary growths perforating the trachea and right subclavian artery.)** *Dublin Med. Journal. Mai 1898.*

Die gesammten Symptome sprachen für ein Aneurysma des Aortenbogens; bei der Section fand sich eine krebsige Geschwulst des Oesophagus, die rings um die Art. anonyma gelegen war. A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

138) **Garré. Resection des Oesophagus. (Resection of the oesophagus.)** *N. Y. Med. Record. 14. Mai 1898.*

G. berichtet über 3 Fälle, in denen er Stücke vom oberen Theile des Oeso-

phagus reseciren musste. In einem Falle wurde die hintere Wand des Larynx mit entfernt, aber die Schleimhaut desselben wurde erhalten und zur Vorderwand des neuen Oesophagus verwerthet.

LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) American Laryngological Association.

Neunzehnte Jahresversammlung, abgehalten in Washington, D. C., am 4. bis 6. Mai 1897.

Vorsitzender: Dr. Charles H. Knight (New-York).

Erster Tag. — Dienstag, 4. Mai.

Der Vorsitzende lenkt in seiner Eröffnungsansprache die Aufmerksamkeit auf die Nothwendigkeit grösserer antiseptischer Cautelen bei der klinischen Thätigkeit. Von gleicher Bedeutung ist die locale, wie die allgemeine Antisepsis. Eine vollkommene Asepsis kann in der nasalen Chirurgie unerreichbar sein und wenn nur die gewöhnliche Drainage in voller Ordnung functionirt, ist sie vielleicht auch unnöthig.

Viel discutirt in neuerer Zeit ist die Frage nach der Bedeutung des Laryngoskops für die Singstimme und den Gesangunterricht. So viel Rühmens auch davon gemacht ist, hat der Spiegel doch schwerlich mehr erreicht, als dass er die auf andere Weise erlangte Einsicht bestätigt hat.

Die bemerkenswerthe Entdeckung Röntgen's verspricht auch dem Specialgebiete der Laryngologie vielen Nutzen. Bisher schon ist zweifellos, dass sie der Localisirung von Fremdkörpern, der Bestimmung der Grösse von Tumoren und malignen Infiltrationen dient.

James E. Newcomb (New-York): Guajacol als locales Anaestheticum bei kleineren Nasen- und Hals-Operationen.

Das Cocain ist im Allgemeinen ein ideales Anaestheticum; aber bisweilen folgen seiner Anwendung störende und sogar gefährliche Erscheinungen und daher arbeitet man beständig daran, einen Ersatz für dasselbe zu finden. Eucain und Tropocain wurden versucht und werden noch weiter geprüft. Ganz neuerdings ist Guajacol für diese Zwecke empfohlen worden. Laurens (Paris) hat es in einer Lösung von Olivenöl angewendet und er berichtet über recht ermunternde Resultate. In der kleinen Chirurgie des Ohres (Paracentese des Trommelfelles; Incision von Furunkeln des äusseren Gehörganges) reichte die Guajacolanästhesie aus. In der Nase, die in der gewöhnlichen Weise durch Spray und Tampons

anästhesirt wurde, konnten die unteren Muscheln ohne jede unangenehme Empfindung cauterisirt werden. Desgleichen wurden Polypen mit der kalten und sogar mit der heissen Schlinge und Spinen des Septums ohne Schmerzen mittelst der Säge entfernt. Die Gewebe retrahiren sich nicht, wie bei der Cocaineinwirkung; deshalb kann das Guajacol zum Zwecke der genaueren Inspection oder zur Auffindung sensitiver Stellen in Fällen von vermutheter Reflexneurose das Cocain nicht ersetzen.

Im Rachen kann die Application der Guajacollösung schwere Reflexbewegungen verursachen; aber man erreicht doch eine ausreichende Anästhesie, um umfangreiche Granulationen cauterisiren und starke Mandeln entfernen zu können. Im Kehlkopf wird das Mittel nur unvollständig resorbirt und die Anästhesie, die erreicht wird, ist nicht befriedigend.

Geronzi hat Laurens' Versuche mit einer Lösung von Guajacol in Alkohol wiederholt. Diese Lösung ist handlicher zum Gebrauch; ihre anästhesirende Kraft aber ist kaum eine andere, als die der öligen Lösung. Geronzi's Resultate decken sich mit denen von Laurens.

S. W. Langmaid (Boston): Submucöse Blutung der Stimmbänder.

Redner berichtet über 5 Fälle. In sämmtlichen trat die Blutung an der Vereinigungsstelle des vorderen mit dem mittleren Drittel des Stimmbandes auf. 4mal betraf die Blutung das rechte, 1mal das linke Stimmband, 4mal männliche Patienten, 1mal eine Frau. Alle 5 Patienten gebrauchten beruflich ihre Stimme, 4 als Sänger, 1 als Schauspieler. In allen Fällen war eine Stimmanstrengung die Ursache der Blutung: dieselbe trat plötzlich mit Heiserkeit, Beschränkung der hohen Töne und Unfähigkeit zu singen ein. In allen Fällen wurde völlige Heilung erzielt und die Stimme erhielt ihre alte Kraft wieder. Stets bestanden Zeichen früheren Kehlkopfcatarrhs. Der Vorgang konnte so gedeutet werden, dass die durch den catarrhalischen Zustand angegriffenen Muskeln eine besondere Ueberanstrengung nöthig hatten, um die geeignete phonatorische Stellung zu erzielen. Dabei kam eine Congestion zu Stande und eine Gefässruptur folgte. Gewöhnlich werden solche Fälle mit fehlerhafter Stimmanstrengung in Zusammenhang gebracht; aber es konnte keineswegs immer eine falsche Gesangsmethode angeschuldigt werden; das Ereigniss kann vielmehr bei Künstlern von vollendetster Technik vorkommen. Der Vorfall stellt thatsächlich eine laryngeale Apoplexie dar. Die Behandlung besteht in Ruhe. Zur Unterstützung dienen locale Adstringentien, Strychnin innerlich und später intralaryngeale Galvanisirung.

A. Coolidge jr. (Boston): Hysterische Dysphagie.

Das Leiden wird bisweilen mit dem Oesophaguskrampf oder Oesophagismus zusammengeworfen, der durch locale Erkrankung der Speiseröhre, durch Hirn- oder Vaguserkrankung, durch reflectorische Einflüsse von anderen Organen her, durch verschiedene Medicamente, durch Seekrankheit oder Hydrophobie bedingt sein kann. In der Abtheilung des Massachusetts General Hospital für Nasen- und Halskrankheiten kommt nach Ausweis der statistischen Berichte hysterische Dysphagie nur 1mal unter 500 Fällen vor. Das Leiden ist häufiger bei Frauen als

bei Männern, wird aber auch bei kleinen Kindern beobachtet. Es kommt bisweilen bei Schwangerschaft vor und kann durch Erregungszustände verursacht werden. In allen derartigen Fällen kann die Schlundsonde gut passiren. Die Symptome, über die im allgemeinen geklagt wird, sind Schmerz, ein Gefühl von Zusammenschnürung und die Empfindung eines Fremdkörpers. Der Ausbruch der Krankheit ist ein plötzlicher; er kann zusammenhängen mit der vorübergehenden Anwesenheit eines Fremdkörpers im Halse, der dann später in den Magen hinabgeglitten ist. Die Krankheit kann auch durch pharyngeale oder tonsilläre Affectionen hervorgerufen sein. Häufig magern die Patienten ab. Regurgitation ist selten. Die Auscultation vermag im allgemeinen keinen diagnostischen Anhalt zu geben. Die laryngoskopische Untersuchung kann gewisse von den angeführten Ursachen zur Ansicht bringen. Oft zeigen die Fälle einen Nachlass der Symptome. Der Verschluss des Oesophagus scheint oft im ersten Theil des Schluckaktes einzutreten. Was die Behandlung anlangt, so ist, ausser der Entfernung benachbarter Affectionen, die häufige Einführung der Sonde rathsam. Die electrische Sonde ist zu meiden; dieselbe hat wiederholt, wahrscheinlich durch Reizung des Vagus und Wirkung auf das Herz, beunruhigende Symptome im Gefolge gehabt.

Wright: Die Bakterien der normalen Nase und die bactericiden Eigenschaften des Nasenschleims.

W. untersuchte das Secret von 36 normalen Nasen. Dasselbe wurde aus den tieferen Theilen nach Abschneidung der Vibrissae und Reinigung des Naseneingangs mit Sublimat mittelst steriler Wattebäuschchen entnommen. Die Uebertragung der Wattebäuschchen auf Nährböden ergab eine Bakterienentwicklung im ganzen nur in 6 Fällen. Auf der Nasenschleimhaut zweier gesunder Kaninchen wurden Bakterien gefunden. In einem Falle hinderte der entnommene Schleim das Wachsthum von Diphtheriebacillen, Staphylococcen und Streptococcen nicht, dagegen hemmte er die Entwicklung von Anthraxstäbchen. Die Anwendung von sterilem Schafserum ergab das gleiche Resultat.

Das relative Freisein des Naseninneren von Bakterien führt Redner darauf zurück, dass die oberen Regionen, welche der Luftstrom gar nicht erreicht, mechanisch durch die herabfliessenden serösen Exsudate abgespült werden; ferner auf die Thätigkeit der Cilien, auf die geringe Eignung des Nasenschleims als Nährboden, auf den Schutz der Vibrissae und schliesslich darauf, dass die Athmungsluft im allgemeinen überhaupt arm an Keimen ist.

J. W. Gleitsmann (New-York): Zur Behandlung der chronischen Affection der Mandeln mit Demonstration von Instrumenten.

Nächst der Hypertrophie des Organs im Ganzen ist die häufigste chronische Affection der Mandeln die chronische Entzündung ihrer Follikel. Die Oberfläche der Mandel wird rauh und unregelmässig infolge der Destruction von Follikeln und die Lacunen werden mit weissen Massen, den Producten der Entzündung, ausgestopft. Die Retention dieser wird oft zur Ursache vielfacher Störungen, deren wahrer Ursprung indess leicht übersehen wird, da die Massen nicht immer

sichtbar sind. Für die Behandlung dieses Leidens empfiehlt sich ein schmaler Gaumenhaken (Demonstration), mit dem der obere Theil der Tonsille, in dem die weissen Pfröpfe am reichlichsten sitzen, blosgelegt wird.

Enthalten die Crypten Leptothrixfäden, so ist der stumpfe Haken von Moritz Schmidt ein vortrefflich geeignetes Instrument. Redner hat denselben etwas modificirt, indem er die stumpfe Spitze beibehielt, die Seiten aber schärfte. Dieser Haken ist auch zur Lösung verwachsener Gaumenbögen empfehlenswerth.

Die Besichtigung der hinteren Fläche der Mandel wird oft verhindert durch das Vorhandensein eines Lappens oder einer Falte von wechselnder Ausdehnung. Bei oberflächlicher Untersuchung scheint diese Falte einen Theil des vorderen Gaumenbogens zu bilden. Zieht man letztere aber mit einem geeigneten Haken zur Seite, so sieht man leicht einen Zwischenraum zwischen beiden, der ein wenig lymphoides Gewebe aufweist. Der grössere Theil der Mandel liegt stets hinter dieser Falte. Redner glaubt, dass diese Falte eine Folge früherer Anfälle von acuter Entzündung im Verein mit chronischer Follikelerkrankung darstellt.

Redner legt schliesslich ein Tonsillotom vor, das er hat anfertigen lassen. Dasselbe ist eine Modification der Ruault'schen Zange, schneidet aber in horizontaler, anstatt in verticaler Richtung und ist auch erheblich kleiner. Bei manchen Patienten ist es rathsam zu cocainisiren, wenn die Falte abgetragen wird. Ist diese sehr gross, so wird man besser in mehreren Sitzungen operiren. Die Blutung ist nicht stark und lässt sich leicht durch Eispillen stillen. Zur Nachbehandlung kann man eine leichte Lösung eines styptischen oder caustischen Mittels benutzen, doch ist dies keineswegs immer nöthig.

Zweiter Tag. — Mittwoch, 5. Mai.

J. H. Bryan (Washington): Ein Fall von nasaler Geschwulst.

Redner stellt den Patienten vor. Nach dem Aussehen des Tumors glaubte er es mit einem einfachen Fibrom zu thun zu haben; die Untersuchung eines abgetragenen Stückchens aber ergab Fibrosarcom. Redner befragt die Versammlung, welche Operation unter diesen Umständen am rathsamsten erscheint.

J. H. Bryan: Eiterung der Stirnhöhle.

Redner ist der Ansicht, dass die Stirnhöhleneiterung in Amerika sehr viel häufiger ist, als man gewöhnlich annimmt. Die jüngsten Grippe-Epidemien haben eine grosse Zahl von Fällen ans Licht gebracht. Manche davon waren ohne Zweifel verursacht durch die Ausdehnung des Erkrankungsprocesses von der Kieferhöhle her, die in einigen Fällen wenigstens durch eine abnorme Communication zwischen beiden Höhlen vermittelt wurde. Dr. Phillibronn (Boston) hat jüngst an einer Reihe von Schädeln nachgewiesen, dass eine Verlängerung des Infundibulums bis zum Antrum vorkommt, so dass Secrete von der Stirnhöhe direct in die Kieferhöhle gelangen und diese secundär inficiren können.

Redner bespricht dann genau die Anatomie der Stirnhöhle und erläutert ihre Eigenthümlichkeiten durch Photographien. Er weist darauf hin, dass die Grösse des Supraorbitalrandes keinen Anhalt für die Grösse der Stirnhöhlen gewährt. Zur Behandlung des Stirnhöhlenempyems empfiehlt er die Luc'sche Operation, bei der ein Drainrohr von dem Sinus nach der Nase zu eingelegt und die äussere Wunde an der Stirn fest verschlossen wird.

Discussion über die atrophische Rhinitis.

W. E. Casselberry (Chicago) eröffnet die Discussion mit einer Besprechung der Natur und der Symptome der Erkrankung. Das Leiden kommt bei jungen wie bei alten Leuten vor. Keine Theorie über die Ursache der Erkrankung ist für alle Fälle gültig. Zu unterscheiden sind die fötiden und die nicht-fötiden Fälle. Die Atrophie hat eine andere Ursache, als der Geruch. Redner neigt zu einer Eintheilung der Fälle von atrophischer Rhinitis in 1. einfachen trockenen Catarrh und 2. Ozaena. Die Erscheinungen bestehen im Allgemeinen in der Atrophie, von der alle Stadien vorkommen, in Degeneration der Schleimdrüsen und Krustenbildung.

Es wurde die Theorie aufgestellt, dass die atrophische Rhinitis primär eine centrale trophische Neurose ist. Diese Anschauung wird gestützt durch die Thatsache, dass die Krankheit im Allgemeinen doppelseitig ist. Wahr ist, dass in dem Falle einer Septumdeviation die Affection auf der concaven Seite vorgeschrittener erscheint, aber sobald die Knorpelstellung rectificirt ist, bessert sich der Zustand der Nase und die Mucosa erhält oft ein gesundes Aussehen.

Bei beiden Formen der Erkrankung wechselt die Atrophie in ihrem Grade und ihrer Vertheilung. Die Hypertrophie kann dauern, bis die Atrophie beginnt, die mittlere Muschel kann hypertrophisch sein, während die untere atrophisch ist. Grünwald's Behauptung, dass die atrophische Rhinitis in den meisten Fällen von Sinuserkrankung abhängt, hat nicht allgemein Annahme gefunden. Bosworth führte die Erkrankung auf vorhergehende eitrige Erkrankung der Nasenschleimhaut zurück. Der Foetor ist mit Mikroben in Zusammenhang gebracht worden. Fränkel und Loewenberg isolirten einen Coccus, Abel züchtete den Bacillus mucosus; Wyatt Wingrave demonstrirte verschiedene hyaloide Körperchen, die möglicherweise parasitärer Natur sind; neuerdings haben dann Belfanti und della Vedova einen Bacill cultivirt, der dem Diphtheriebacillus ausserordentlich nahesteht.

Ausser den nasalen Symptomen macht sich häufig eine Schwächung des Gehörs und der Stimme bemerkbar. Die Ohrensymptome können denen von Seiten der Nase vorangehen.

J. N. Mackenzie sprach über die structurellen Veränderungen, die man bei der atrophischen Rhinitis antrifft und über die Reihenfolge, in der dieselben auftreten. Man muss auseinanderhalten die Veränderungen der Schleimhaut und die, welche das wichtige physiologische Organ als solches betreffen. Der Ausdruck Atrophie ist ein schwankender. Wir unterscheiden nicht scharf genug zwischen den verschiedenen Formen von Atrophie und ihren verschiedenen Ursachen. Es giebt eine einfache Atrophie und eine degenerative. Am besten ist

der Ausdruck Sclerose, der eine Atrophie des specifischen nasalen Gewebes und eine Hypertrophie des umgebenden Bindegewebes bezeichnet. Es liegt eine zellige Infiltration vor, Granulationsgewebe, Obliteration alter und Bildung neuer Gefässe. Die Sclerose kann von einer Blutinfection, wie bei Tuberculose und Syphilis, oder von Intoxication, besonders von Alkoholintoxication abzuleiten sein. Der vorhergehende eitrige Catarrh ist wahrscheinlich keine Ursache der Erkrankung, wenigstens liegt eine Parallele auf irgend einem anderen pathologischen Gebiete für einen solchen Zusammenhang nicht vor. Die Krankheit kann von Anfang an atrophisch sein, mit Beginn im Periost; doch ist dies aus klinischen wie anatomischen Gründen nicht wahrscheinlich.

C. C. Rice (New York) sprach über die Behandlung der Ozaena. Dieselbe soll eine allgemeine und locale sein. Erstere umschliesst im weitesten Sinne alle die verschiedenen hygienischen Maassnahmen. Redner sah eine Gruppe von Kranken sich bessern, dadurch, dass sie aufs Land zogen und die Fabrikarbeit mit der landwirthschaftlichen vertauschten. Die Gesichtspunkte der localen Behandlung sind Reinhaltung und Anregung. Die letztere wird durch eine Reihe von Medicamenten erzielt, ferner durch Electricität, Kataphorese, Tamponade etc. Eine Zerstörung von Gewebe muss vermieden werden. Die öligen Lösungen hält Verf. für ausserordentlich werthvoll, einerseits weil sie glättend wirkend, die Schleimhaut schlüpfrig machen, andererseits weil sie als Vehikel dienen. Die Nasendouche reicht zur Reinigung nach jeder Richtung aus.

Dritter Tag. — Donnerstag, 6. Mai.

D. Bryson Delavan (New York): Ein Fall von anscheinendem Sarcom der Mandel.

43jähriger Mann, hereditär nicht belastet und angeblich nicht syphilitisch inficirt. Seit 2 Monaten leidet er an Schmerzen an der linken Mandel, die anfänglich nur eine mässige Schwellung, später aber einen Zerfall zeigte; in der Mitte bestand eine Erosion, der Rest war indurirt. Die Halslymphdrüsen unter der Tonsille waren etwas geschwollen. Der Patient erhielt Jodkali. Ein Stückchen von der Tonsille, das zur mikroskopischen Untersuchung entfernt worden war, erklärten mehrere Pathologen für sarcomatös. Die Drüsenschwellung ging unter der Jodbehandlung zurück. Die Mandel wurde mit der kalten Schlinge entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine chronische Hyperplasie mit einer erheblichen Wucherung der Endothelzellen. Die Anordnung der Zellen legte den Gedanken an Sarcom nahe. Seit der Exstirpation der Mandel aber befand sich der Patient wohl, und seine Gesundheit ist auch heute noch eine ungestörte. Um ein Sarcom dürfte es sich danach doch nicht gehandelt haben.

D. Bryson Delavan: Eine neue Methode zur dauernden Beseitigung gewisser Schwellungen der Nasenmuscheln.

Redner wendet sich gegen den übertriebenen Gebrauch des Galvanokauters. Derselbe wirkt nur oberflächlich, sein Effect ist daher ein vorübergehender und

dabei wird die Schleimhaut noch unnöthigerweise zerstört. Redner empfiehlt den Gebrauch eines kleinen Messers, wie es die Augenärzte benutzen. Unter Cocain stösst er dasselbe in die Muschel ein, schneidet rund durch die Gewebe und zieht es aus derselben Oeffnung wieder heraus, wobei er darauf Acht giebt, letztere nicht zu verbreitern. Man operirt besser ein zweites Mal, als dass man beim ersten Male zu tief sticht. Schmerz und Blutung sind gering. Letztere soll von selbst zum Stehen kommen. Cocain räth Redner noch ein paar Stunden nach der Operation ausgiebig zu appliciren.

John R. Farlow (Boston): Ein Fall von subglottischem Tumor mit starker Dyspnoe durch Tracheotomie und Curettement entfernt.

37jährige Frau, seit 4 Jahren an starker Dyspnoe leidend. Ueber den Stimmbändern sah man eine Geschwulst, welche die Trachea in weiter Ausdehnung erfüllte, so dass für den Luftstrom nur ein schmaler Weg blieb. Der Tumor liess rechts 2 Lappen erkennen, während links nur einer bestand, und hing ersichtlich mit der Trachea zusammen. Die Diagnose wurde auf nicht-maligne Geschwulst, wahrscheinlich ein Enchondrom, gestellt. Die tiefe Tracheotomie wurde am 4. Februar gemacht. Die Geschwulst, die jetzt leicht zugänglich war, wurde mit der Curette abgetragen. Die Blutung war gering.

F. E. Hopkins (Springfield Mass.): Ein Fall von Adenocarcinom der Nase.

Redner giebt die Krankengeschichte des von ihm beobachteten Falles.

Jonathan Wright (Brooklyn): Papilläre oedematöse Nasenpolypen und ihre Beziehung zum Adenom.

Redner stellt die in der Literatur berichteten Fälle zusammen und fügt ihnen eine Reihe aus seiner eigenen Beobachtung hinzu. Er betont, dass es intranasale Geschwülste giebt, die dem unbewaffneten Auge ganz wie gewöhnliche Polypen erscheinen und die thatsächlich von diesen sehr verschieden sind. Vom gewöhnlichen Polypen bis zum echten Adenom kommen alle Uebergangsformen vor.

Morris Murray (Washington): Ein Beitrag zum Studium der Kehlkopfphthise.

Redner bespricht die Fortschritte der Phthiseotherapie seit 1894. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die guten Wirkungen eines Enzymol genannten Verdauungspräparates, das er im Larynx applicirt hat mit der Absicht, das erkrankte Gewebe durch Digestion zum Verschwinden zu bringen. Der Erfolg war in einem Falle sehr bemerkenswerth. Redner empfiehlt auch das Kreosot, das ihm bei der Behandlung dieser Krankheit zur Zeit als eine conditio sine qua non erscheint.

Emil Mayer (New York): Primärer Lupus des Kehlkopfes.

Redner berichtet über 2 Fälle, die er beobachtet hat. Der Angabe, dass sich ein primärer Lupus des Kehlkopfs nicht findet, stellt er die Thatsache gegenüber, dass die Literatur 14 Fälle dieser Art enthält. Alle diese Fälle sind von

competenten Beobachtern mitgetheilt. Einer von ihnen behauptet, dass der Lupus primär in der Schleimhaut entstehen kann, ohne dass es überhaupt zu einer äusseren Erkrankung kommt. Dies ist jetzt über allen Zweifel erwiesen. Redner zeigt auch, dass die lupöse Erkrankung von dem Tuberkelbacillus abhängt. Redner schliesst mit folgenden Sätzen: 1. Der primäre Lupus des Kehlkopfs kommt vor. 2. Derselbe stellt ein schmerzloses Leiden dar, das Jahre lang unbemerkt bleiben kann. 3. Tuberkelbacillen sind bei Lupus vorhanden, aber in kleinen Mengen und schwer zu finden. 4. Die lupöse Affection hat nähere Achnlichkeit mit Syphilis, als mit Tuberculose. 5. Das Fehlen adhäsiver Vorgänge, die bei vorgeschrittener Syphilis stets vorhanden sind, ist für Lupus characteristisch. 6. Die Prognosis quoad vitam ist leidlich gut. Lefferts.

---

b) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 1. April 1898.

E. Meyer stellt 2 Patientinnen, Mutter und Tochter, mit Lupus vor, von denen letztere zuerst an Nasenlupus erkrankte; die Mutter hat sich wahrscheinlich durch gemeinsam mit der Tochter gebrauchte Handtücher inficirt; sie bekam zuvörderst eine lupöse Erkrankung der äusseren Nasenhaut, dann des Naseninnern und schliesslich des Larynx.

Scheier berichtet über die Ergebnisse der aktinoskopischen Untersuchung des in der vorigen Sitzung von B. Fränkel vorgestellten Polyphonisten. Es ist im Wesentlichen die Fähigkeit, seiner Zunge die verschiedensten Formen und Lagen zu geben, die es ihm so viele Instrumente nachzuahmen möglich macht. Er imitirt sie alle mit Falsetstimme; der Nasenrachen bleibt dabei meist offen. Das Zwerchfell hat keinen Einfluss auf die Klangfarbe. Sch. berichtet dann über die Form des Ansatzrohres, die dasselbe bei der Nachahmung der verschiedenen Instrumente annimmt.

A. Rosenberg: Die X-Strahlen im Dienste des Laryngologen.

Sie haben bisher in Bezug auf die Physiologie des Schluckactes, der Stimme und Sprache nichts wesentlich neues und praktisch wichtiges gebracht; ebensowenig hinsichtlich der Diagnose bösartiger Larynxtumoren u. s. w. Dagegen sind sie von nicht zu unterschätzendem diagnostischen Werthe bei intrathoracischen Geschwülsten. Nach der Beschreibung des normalen Schattenbildes mit seinen individuellen Abweichungen, der Bedeutung der Dichtigkeit und Form des Schattens resp. seiner Pulsation; nach Besprechung des Modus, mittelst dessen man Grösse und Lage einer intrathoracischen Geschwulst bestimmen kann, sowie der Differentialdiagnose eines Tumor- und Aortenaneurysmaschattens; nachdem R. als wichtigen und richtigen Weg, die Durchstrahlung in ihrer diagnostischen

Bedeutung zu fördern, gefordert, dass die Leichen vor der Section aktinoskopirt werden sollen; und nachdem er betont hat, dass das Schattenbild in Gemeinschaft mit den Resultaten aller anderen Untersuchungsmethoden zur Diagnose führt; berichtet er über 12 von ihm durchstrahlte Fälle, in denen die Silhouette auf dem Fluorescenzschirm die vorher gestellte Diagnose bestätigte resp. Zweifel an derselben beseitigte oder erst mit Sicherheit eine solche stellen liess. 5 mal handelte es sich um ein Aortenaneurysma, das in 3 Fällen linksseitige Stimmbandlähmung, in einem Falle eine Oesophagus-, in einem anderen eine Trachealstenose verursacht hatte. Einmal heilte die Recurrenslähmung.

Ferner kamen zur Beobachtung 2 Fälle von Struma retrosternalis, von denen einer mit rechtsseitiger Stimmbandlähmung complicirt war, ein zweiter mit rechtsseitiger Posticus- und linksseitiger Recurrenslähmung, während der dritte eine bereits 22 Jahre bestehende Posticuslähmung zeigte, die bisher noch nicht die Tracheotomie nöthig gemacht hatte. Schliesslich bespricht R. noch 2 Fälle von Oesophaguscarcinom, das im ersten eine linksseitige Recurrenslähmung erzeugt hatte und im zweiten eine ebensolche mit Parese des rechten M. posticus.

Scheier glaubt den Röntgenstrahlen eine beachtenswerthe Bedeutung für die Physiologie der Stimmbildung, des Schluckactes beimessen zu sollen.

In einem Falle von Oesophaguscarcinom täuschte ihm das Röntgenbild ein Aneurysma vor.

Sitzung vom 6. Mai 1898.

Gluck: Ueber Oesophago-, Pharyngo- und Laryngoplastik.

G. hat bei 26 Pat. mit malignen Larynxgeschwülsten 4 mal nur die Tracheotomie gemacht. Von den übrigen 22 Fällen sind 15 durch die Radicaloperation geheilt; von der letzten Serie von 14 Fällen sind 13 Heilungen und 1 Todesfall zu verzeichnen und zwar am 12. Tage an Jodoformintoxication. Keiner der 15 durch die Operation (1890—98) Geheilten, von denen noch 12 am Leben sind, hat bisher ein Recidiv gehabt. Subtile Technik, peinliche Nachbehandlung und die prophylaktische Resection der Trachea sichern den Erfolg.

Bei ausgedehnten Resectionen des Pharynx, Oesophagus und Larynx hat G. den Trachealstumpf definitiv circulär in die Haut eingenäht; die Pat. tragen keine Canüle. Durch eine an Pat. und Tafel erörterte Methode der Hautplastik mit doppelten Lappen bildet G. ein Verfahren der Oesophago- und Pharyngoplastik aus, so dass die Pat. nach derselben mit ihrem cutanen Hohlorgane wie Gesunde schlucken können und ohne Canüle und Obturator leben. Die Erlernung der Flüstersprache hängt von der Energie und der instructiven Anpassung des Patienten ab.

Bei einseitiger Laryngectomie empfiehlt G. nach der Operation sofort einen gestielten Hautlappen vom Halse in die Höhlenwunde zu implantiren und an die Defectränder anzunähen, so dass ein völliger Abschluss der Luftwege gegen den Rachen zu Stande kommt. Nach erfolgter Heilung kann sowohl die Communication nach dem Schlundkopfe wieder hergestellt, als auch durch eine Schlussope-

ration ein gestielter Hautlappen mit der Epidermisfläche nach dem Larynxlumen zu über den Kehlkopfspalt gedeckt werden. Dieses Verfahren empfiehlt sich bei stenosirenden Processen, bei Lues, Tuberculose und diffusen Papillomen. G. demonstrirt dieses Verfahren u. a. an einem Patienten mit ulceröser, obliterirender Tuberculose des Larynx, dem der Kehldeckel und der Larynx bis auf das nackte Knorpelgerüst exenterirt worden war. Dieser Pat., der mit einer Trachealcanüle in Behandlung trat, ist von seiner Kehlkopftuberculose befreit und hat einen mit intacter Haut ausgekleideten Larynxraum, die eine schlüpfrig-mucöse Beschaffenheit angenommen hat. Er athmet per vias naturales und spricht mit vernehmlicher Stimme.

Treitel stellt einen Pat. mit Larynxpapillom vor, bei dem er nach der Operation nicht bloss Recidive, sondern auch ein Auftreten derselben an bis dahin freien Stellen beobachtete.

B. Fränkel bezeichnet das als eine bekannte Thatsache und führt einen sehr eclatanten Fall seiner eigenen Beobachtung an.

Alexander zeigt eine Patientin, die sich durch den Gebrauch der sogen. Noortwyck'schen Tropfen Mund- und Rachenschleimhaut verätzt hat.

Kuttner und Katzenstein: Zur Lehre von der Posticuslähmung.

Das Semon'sche Gesetz stellt im Verlaufe der Recurrenslähmung 3 Stadien auf:

1. reine Lähmung des Posticus — Stellung der Stimmlippen ca. 2 mm von der Mittellinie entfernt; bei Phonation und starker Exspiration bewegen sie sich bis zur Mittellinie, um dann in die eben genannte Stellung zurückzufallen.

2. Lähmung des Posticus mit secundärer Contractur der Antagonisten (Medianstellung).

3. Lähmung aller vom Recurrens versorgten Muskeln (Cadaverstellung).

Hiergegen erhebt Grossmann folgende Einwände:

1. Zwar erkennt er die reine Posticuslähmung an, bestreitet aber, dass sie, wenn sie allein besteht, beobachtet ist; aber Semon hat 22 Fälle der Art aus der Literatur zusammengestellt und Kuttner hat 3 solche Fälle gesehen. Das

2. Stadium erklärt G. als totale Recurrenslähmung bei erhaltener Function des M. cricothyreoid. (Adductionsstellung). Das

3. Stadium ist nach G. totale Recurrenslähmung mit aufgehobener Function des M. cricothyr. (Cadaverstellung).

Die Behauptungen in 2. und 3. stützt G. auf seine Experimente, die ihm zeigten, dass nach Durchschneidung der Nn. recurr. Adductionsstellung, nach der darauf folgenden Durchschneidung der Nn. lar. sup. Erweiterung der Glottis eintrat. G. erhielt nach Recurrensdurchschneidung Glottisweiten von 1,2—1,5 in 8 unter 10 Fällen, die Vortr. als engste Weite 2,1 in 2 unter 20 Fällen.

Während G. aus seinen Versuchen folgert, dass der M. cricothyr. ein Adductor ist, beweisen die Vortr. von neuem, dass er ein Spanner (mit Verengerung der Glottis) ist.

Weiter behauptet G., dass er nach doppelseitiger Recurrensdurchschneidung das Bild der klinischen Medianstellung erhielt; die Vortr.

1. erhielten aber nach doppelseitiger Recurrensdurchschneidung stets Glottisweiten bis 3 mm, ähnlich wie Grabower.

2. Thiere mit doppelseitig durchschnittenem Recurrens zeigen ein anderes Verhalten als Patienten mit doppelseitiger Posticuslähmung (keine Dyspnoe).

3. Die sog. Adduction nach Recurrensdurchschneidung lässt nach einigen Tagen nach — die Medianstellung bei doppelseitiger Posticuslähmung hält Jahre an.

4. Das Semon'sche Gesetz stützt sich auf klinische Beobachtungen; bei vielen hat die nachfolgende pathologisch-anatomische Untersuchung gezeigt, dass (bei klinisch beobachteter Medianstellung) die Postici degenerirt, alle anderen Muskeln fast oder ganz normal waren.

Die Grossmann'schen Untersuchungen sind demnach hinfällig.

Grabower constatirt, dass die Ergebnisse seiner jüngst publicirten Arbeit über diese Frage in allen Punkten von den Vortragenden bestätigt worden sind.

Sitzung vom 1. Juli 1898.

Scheier zeigt ein Skiagramm, auf dem die (mit Schellack injicirten) Gefässe der Zunge und des Kehlkopfes zu sehen sind und ein zweites, das eine Lordose der Halswirbelsäule fixirt hat.

P. Heymann stellt

1. eine Pat. vor, die vor 19 Jahren wegen einer syphilitischen Perichondr. aryt. (mit Exfoliirung eines Stückes des Knorpels) tracheotomirt worden war. Seit mehreren Jahren bestehen mancherlei nervöse Erscheinungen; seit 5 Jahren beobachtete H. mehrfach einen mehrwöchigen Stillstand des rechten Stimmbandes ohne sonstige Erscheinungen. Er ist geneigt, die Motilitätsstörung als eine hysterische aufzufassen.

2. eine 19jährige Pat. zeigte vor acht Tagen ein Oedem der Epiglottis und der r. aryepigl. Falte und Röthe der Gesichts- und Halshaut, — eine Erscheinung, die sie schon öfter an sich beobachtet hat —, so dass die Annahme eines angioneurotischen Oedems nahe liegt. Da es aber mehrere Tage ziemlich unverändert bestehen blieb und gleichzeitig leichte anginöse Beschwerden vorhanden waren, handelt es sich wohl um ein Oedem nach Tonsillitis.

Herzfeld: Ueber complete doppelseitige Recurrenslähmung mit Demonstration eines Präparates.

Der 65jährige Pat., dem das Präparat entstammt, hatte 3 Jahre vor seinem Tode Schluckbeschwerden, die sich im letzten Jahre sehr steigerten; drei Monate ante mortem Heiserkeit, die nach einigen Tagen in Aphonie überging. Die Stimmbänder standen unbeweglich in Cadaverstellung. Die Schlundsonde stiess etwa in der Bifurcationshöhe auf ein Hinderniss.

Es fand sich bei der Section in der ganzen Circumferenz ein die vordere

Oesophaguswand durchbohrendes, die Nn. recurr. einbettendes Carcinom. Unterhalb der Cardia eine Narbe; unterhalb dieser ein Schleimhautriss, der wahrscheinlich die Folge einer Sondirung war.

Grabower: Die Nn. laryng. sup. müssen hier untersucht werden; sind sie unversehrt, so ist das ein Beweis, dass die Recurrenslähmung sich in Cadaverstellung äussert.

B. Fränkel wünscht auch eine Untersuchung des M. cricothyr.

Herzfeld: Klinisch erwies er sich functionsfähig; übrigens war die Sensibilität erhalten.

Auf Kuttner's Frage nach der Athmung giebt H. noch an, dass keine Dyspnoe vorhanden war, höchstens beim Laufen.

Flatau: Ueber primäres Carcinom der Epiglottis.

F.'s Pat. klagte (nachdem er wahrscheinlich eine Apoplexie überstanden) über Druckgefühl im Halse beim Schlucken. Es fand sich ein muskatnussgrosser röthlicher Tumor an der Epiglottis, von glatter, mit weisslichen Prominenzen versehener Oberfläche; keine Drüsenschwellung. Vor 8 Jahren Lues.

Unter Jodkali Verkleinerung des Tumors und Verminderung der subjectiven Beschwerden. Dann wuchs die Geschwulst wieder. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückes ergab die Diagnose: Carcinom. Gluck machte die Pharyngotom. suprahyoid. und dabei stellte sich heraus, dass der Tumor in die Zunge sich hineinstreckte.

Treitel: Sollte es sich nicht um ein Carcinom der Zungenbasis gehandelt haben?

B. Fränkel bemerkt, dass die von ihm beobachteten primären Epiglottiscarcinome anders aussahen als dieses; jene gehen von der Spitze aus; die an der Basis sitzenden gehen leicht auf die Zunge über.

Flatau: Es handelte sich in der That um ein primäres Carcinom der Epiglottis; Virchow hat die Diagnose bestätigt.

E. Meyer: Demonstration zur sogenannten Nasenepilepsie.

Ein seit 16 Jahren an in verschieden langen Pausen auftretenden epileptischen Anfällen leidender Mann bemerkte seit 7 Jahren, dass dem Anfalle eine profuse, eitrige, übelriechende Absonderung aus der linken Nasenseite vorausging. Es fand sich ein Empyema sin. maxill. sin. Seit der Zeit der Eröffnung der Oberkieferhöhle (4 Monate) mit nachfolgenden Ausspülungen hat der Patient keinen Anfall mehr gehabt.

Finder: Zur pathologischen Anatomie der Tonsillen.

F. hat durch mehrfache mikroskopische Untersuchungen festgestellt, dass die zuweilen in den Tonsillen bemerkbaren kleinen subepithelialen Abscesse durch Secretretention erweiterte Lacunen darstellen. Dann demonstrirt er eine haselnussgrosse, glatte, am oberen Pol der Tonsille inserirende Geschwulst, auf deren Durchschnitt sich zahlreiche Cysten mit breiigem Inhalt zeigen. Mikroskopisch finden sich zwischen in der Mitte sich vereinigenden Bindegewebs-

septis Cysten und lymphatisches Gewebe; das Ganze umgeben von Plattenepithel. — Die mikroskopische Untersuchung von Condylom. lata tonsill. ergab im Epithel Degenerationsstreifen, die vielleicht die Folge einer Coagulationsnekrose darstellen.

Alexander demonstrirt einen vom Nasenflügel einer 47jährigen Patientin entfernten kleinhaselnussgrossen, breit inserirenden Tumor von Knorpelhärte, der sich mikroskopisch als derbes Fibrom erwies.

P. Heymann sah bei einem Pat. eine ähnliche Geschwulst von der Grösse einer viertel Linse.

A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Alfredo Antunes Kanthack †.

Mit tiefstem Bedauern melden wir den am 21. December 1898 im Alter von 35 Jahren an einem bösartigen Abdominaltumor erfolgten Tod des Professors der pathologischen Anatomie zu Cambridge, A. A. Kanthack. Obwohl ihn sein Entwicklungsgang in andere Bahnen geführt hatte, in welchen ihm anscheinend beschieden war, Grosses zu erreichen, blieb er seinem ursprünglichen Interesse für die Laryngologie treu und bestätigte dasselbe bis zu seinem Lebensende durch gehaltvolle Demonstrationen und Theilnahme an Discussionen in der Londoner laryngologischen Gesellschaft. Zahlreiche Freunde in Berlin und London, an ihrer Spitze sein Lehrer Virchow, betrauern aufs Tiefste den frühzeitigen Hingang des durch wissenschaftlichen Enthusiasmus, unermüdlichen Forschungstrieb, reiche Kenntnisse, Liebenswürdigkeit und Vornehmheit der Gesinnung gleich ausgezeichneten jungen Gelehrten.

Das 25jährige Jubiläum der „Annales des Maladies de l'Oreille, du Larynx, du Nez et du Pharynx“.

Im gegenwärtigen Jahre treten die von Isambert, Krishaber und Ladreit de Lacharrière begründeten „Annales“ in das 25. Jahr ihres Bestehens. Das geschätzte französische Specialjournal hat sich die Stellung, die es kurz nach seiner Gründung errang, unter seiner gegenwärtigen Leitung zu bewahren gewusst. Wir wünschen ihm weiteres Blühen und Gedeihen für die Zukunft.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, März. 1899. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **Gyselinck. Klinik der Kehlkopfkrankheiten an der Wiener Universität. (Clinique des maladies du larynx de l'université de Vienne.)** *Arch. Méd. Belg. Sept. 1898.*

Bericht über die Störk'sche Klinik, dessen Inhalt dem Leser dieser Zeitschrift nichts Neues bringen dürfte.

BAYER.

2) **Kayser. Bericht über die 1895—96 in meiner Privatpoliklinik behandelten Krankheitsfälle.** *Mon. f. Ohr. No. 4. 1898.*

Unter dem reichen Material verdienen Erwähnung 27 Empyeme der Kieferhöhlen; von der Nase aus wurde die Punction nur bei Intactheit der Zähne vorgenommen; einmal bestand seröses Exsudat. In vielen Fällen brachen spontane Empyeme der Stirnhöhle nach der Nase durch. Keilbeinempyeme werden drei besonders erwähnt. Polypen fanden sich unter 22 Kieferhöhlenempyemen 8mal, unter 27 Fällen der übrigen Höhlen 9mal. Drei Fälle von Stirn- und Keilbeinempyemen zeigten sämmtlich Polypen. K. behauptet schliesslich, die Polypen bei Nebenhöhleneiterung hätten ein mehr röthliches Aussehen, derbere Consistenz und seien nur in grösserer Anzahl vorhanden, während blasse und wasserhaltige Polypen gewöhnlich nicht mit Empyem verbunden seien. In einem Falle von Rhinitis caseosa fand sich im hinteren Theil der Scheidewand rauher Knochen. Zwei Fälle von Retropharyngealabscess bei Erwachsenen verdankten Influenza ihre Entstehung. Bei einer 66jährigen Frau fand sich ein Carcinom des Rachens hinter den Aryknorpeln, ebenso bei einem 42jährigen Manne. Den Schluss bilden Mittheilungen über Larynxphthise, darunter drei geheilte Fälle, eine geheilte Recurrensparalyse und ein Fall von acutem Stottern.

SCHECH.

3) **Gerber. Statistisches und Casuistisches zur Rhino-Laryngologie und Otologie.** *Mon. f. Ohr. No. 6, 7. 1898.*

Unter allen Nasenaffectionen beobachtete G. am häufigsten Rhinitis hypertrophica, dann folgen Rhin. atroph. und die Nebenhöhleneiterungen. Bei Rhin. hypertroph. ist die Massage contraindicirt. Bei Acne vibrissarum helfen oft Resorcin- und Naphtholpasten. Viele Empyeme der Nebenhöhlen erwiesen sich äusserst hartnäckig. Bursitis hat G. nie gesehen. Die Adenoiden operirt er mit Narkose und ganz so wie Referent erst mit Zange, dann mit Curette. Bei Ozaena spielt der Bacillus nicht die alleinige oder Hauptrolle; ätiologische Momente sind auch Syphilis, Scrofulose, Infectionskrankheiten; die Nebenhöhlen fand G. in sämmtlichen Fällen von Ozaena gesund. Die Rhin. fibrin. beruht häufig auf Infection mit Diphtheriebacillen. Kehlkopftuberculose sah G. einmal bei einem 5jährigen Mädchen und bei einer 43jährigen Frau einen Tuberkeltumor der Zunge. Der Nasenstein ist beim weiblichen Geschlecht häufiger, kommt in jedem Alter vor und beim Aufbau spielen die Bakterien die Hauptrolle. Ferner wurde beobachtet: eine doppelseitige Posticuslähmung nach Typhus, bei der tracheotomirt werden musste.

SCHECH.

4) **Stetter. Erfahrungen in dem Gebiete der Ohren-, Nasen- und Mundkrankheiten.** *Mon. f. Ohr. No. 5. 1898.*

St. wandte mit Erfolg bei Schleimhauthypertrophie die Vibrationsmassage an. Gegen Ozaena empfiehlt er Ausspülungen mit Lysolwasser und Einstäubung von Kali sozojodol. Bei Antrumempyem eröffnet er die faciale Wand und kratzt aus. Verhornung der Papill. circumvall. und der Zungentonsille kommt häufig vor. Interessant war eine hühnereigrosse Unterkiefercyste im Bereiche der linken Molarzähne, die fehlten.

SCHECH.

5) **v. Navratil, Baumgarten, Polyak. Casuistische Mittheilungen auf dem Sitzungsberichte der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte.** *Mon. f. Ohr. No. 4. 1898.*

N. berichtet über die Operation einer Deviation und Spina durch Aufschneiden der Nase, ferner über einen durch Laryngofission geheilten Kehlkopfpolypen, über ebenso entfernte multiple Papillome und einen Fall von Laryngitis fibrinosa, den er auf Erkältung zurückführt. Baumgarten beobachtete bei einem 12jährigen Mädchen nach Scharlach ein Empyem der Siebbeinzellen mit Orbitalabscess und kolossaler Auftreibung der mittleren Muschel. Polyák entfernte mit der Säge ein $2^1/_2$ cm langes und 1 cm hohes Stück der Scheidewand.

SCHECH.

6) **H. v. Schrötter. Laryngologische Mittheilungen.** *Mon. f. Ohrenh. No. 10. 1898.*

v. Sch. theilte auf der Naturforscher-Versammlung zu Düsseldorf eine Reihe von interessanten Fällen mit, als da sind: Sklerom der Trachea, ein Tuberculom der Nase, chronisches Oedem des Larynx auf tuberculöser Basis, einen nicht aufgeklärten Fall von primärem gangränösem Zerfall des Stimmbandes, Fälle von Pemphigus mucosae, Erythema multiforme; einen Fall von kolossaler Hypertrophie der Schleimhaut des Santor. Knorpels, eine Amyloidgeschwulst des Larynx, eine

Aerocele ventricularis und einen noch nicht abgeschlossenen Fall von centraler halbseitiger, motorischer und sensibler Pharynx-Larynxlähmung. Die höchst interessanten Details sind im Original nachzusehen. SCHECH.

7) **L. Brück** (Budapest). **Die Erkältung.** *Med.-chirurg. Centralblatt. No. 33. 1898.*

Vorzugsweise physiologische Betrachtungen. CHIARI.

8) **Hölscher** (Kiel). **Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der Erkrankungen der Luftwege nach Aethernarkose.** *Archiv f. klin. Chirurgie. 57. Bd. 1. H. 1898.*

Ausser einer geringfügigen vermehrten Schleimabsonderung üben die Aetherdämpfe keinerlei Reizwirkung auf die Tracheo-Bronchialschleimhaut aus. [Ich habe Reizwirkung schwersten Grades gesehen. F. S.] Das bei der Aethernarkose vorkommende Trachealrasseln beruht immer auf Aspiration von Mundinhalt, und ist bei richtiger Technik (Sorge für guten Abfluss des secernirten Mundinhaltes durch Tieflegung und Seitwärtsdrehung des Kopfes und Lüftung des Mundwinkels, Sorge für andauernd freie Athmung durch Vorziehen des Unterkiefers) nicht zu vermeiden, die nach der Aethernarkose vorkommenden Affectionen der Luftwege sind meist die Folgen einer solchen Aspiration des infectiösen Mundinhaltes. Die Flimmerung des Tracheal- und Bronchialepithels ist während der Narkose nicht gestört. Der Speichelfluss beruht bei der Aethernarkose, wenn auch zum grössten Theil, so doch nicht allein auf einer localen Reizwirkung der Aetherdämpfe, vielmehr spielen hierbei auch centrale Einflüsse eine Rolle. SEIFERT.

9) **Cheval. Einige Betrachtungen gelegentlich der pseudomembranösen Affectionen der oberen Luftwege. (Quelques reflexions à propos des affections pseudo-membraneuses des voies aëriennes supérieures.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 21. 1898.*

An der Hand von 8 mitgetheilten Fällen pseudomembranöser Affectionen der oberen Luftwege kommt Ch. zu folgenden Schlüssen:

1. unmittelbar die bakteriologische Untersuchung jedes pseudomembranösen Exsudats vorzunehmen;

2. auch in verdächtigen Fällen die Seruminjectionen zu machen, da sie, mit allen antiseptischen Cautelen vorgenommen, unschädlich seien; bei gutartigen, und selbst diphtheritischen Infectionen sei die Enthaltung erlaubt unter der Bedingung einer beständigen Ueberwachung.

3. bei Streptococcusinfectionen solle man vorläufig, bis man mit einem Marmorek'schen Serum gute Erfolge erzielt habe, locale antiseptische Applicationen vornehmen neben einer allgemeinen tonisirenden Behandlung. BAYER.

10) **A. Ebner** (Königsberg). **Ueber den luetischen Primäraffect in den oberen Luftwegen.** *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. XLV. II. 1898.*

Am häufigsten ist der harte Schanker des Rachens mit 72,2 pCt., dann der der Nase mit 14,6 pCt. und der des Nasenrachenraumes in 12,5 pCt. Primäre Larynxsyphilis steht im Procentverhältniss von 0,52 pCt. (?). — In der Nase sitzt

der Herd am häufigsten an den Nasenflügeln und am Septum, im Rachen weitaus am häufigsten an den Tonsillen.

CHIARI.

11) **Dreyfuss. Ueber Blutungen in den oberen Luftwegen.** *Münchener medicin. Wochenschr. No. 32. 1898.*

Mittheilung zweier Fälle; bei dem einen traten Blutungen in den oberen Luftwegen erst ein, als schon das klinische Bild der Lebercirrhose ausgesprochen war, im zweiten gingen sie voraus resp. waren Frühsymptome der Tuberculose. Die Blutungen bei Lebercirrhose können bedingt sein durch Stauungen in den Collateralbahnen, ferner durch varicöse Oesophagusvenen oder durch die Veränderung der Gefässwände und durch die als Hämatose beschriebene Veränderung des Blutes.

SCHECH.

12) **A. v. Sokolowski. Ueber den Zusammenhang der Krankheiten des oberen Abschnittes des Respirationstractus mit chronischen internen Krankheiten. (O stosunku cierzsceu narzadow wewnytrznych do zaburzen w gornym odciaku drog oddechowych.)** *Odczyt kliniczny. 1898.*

Verf. bespricht in systematischer Weise die krankhaften Veränderungen des oberen Abschnittes des Respirationstractus bei anämischen Zuständen, Diabetes, Scrophulose, Arthritis und Podagra, bei chronischen Lungenkrankheiten (Tuberculose ausgenommen), Herz- und Gefässkrankheiten, Verdauungs-Nierenkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, bei einigen chronischen Vergiftungen (Tabak, Alkohol, Jod, Quecksilber) und schliesslich bei einigen Gewerbekrankheiten.

Autoreferat.

13) **von Noorden. Zur Behandlung des Asthma bronchiale.** *Münch. medicin. Wochenschr. No. 39. 1898.*

v. N. empfiehlt die Atropinbehandlung nach Trousseau 4—6 Wochen lang: der Anfall wird nicht beeinflusst, sondern nur verhütet auf lange Zeit.

SCHECH.

14) **G. R. Turner. Neuralgie behandelt durch Injection von Osmiumsäure. (Neuralgia treated by injection of osmic acid.)** *Transact. Med. Soc. 1898. Brit. Med. Journal. 9. April 1898.*

53jährige Frau, mit schwerer Infraorbitalneuralgie, die seit 2 Jahren bestand und allen Behandlungsversuchen widerstanden hatten. T. constatirte einen Ausfluss aus dem gleichseitigen Nasenloch, aber die Untersuchung ergab weder in der Nase noch im Antrum eine Erkrankung. Er führte die Nadel einer Pravaz-Spritze in den Infraorbitalcanal ein und injicirte eine 1proc. Lösung von Osmiumsäure. Es entstanden erhebliche Schmerzen und eine Anschwellung, die jedoch im Laufe von 10 Tagen verschwanden. Die Neuralgie ist seither nicht wieder aufgetreten.

ERNEST WAGGETT.

15) **Burghart. Ueber Chromerkrankungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 32. 1898.*

Der Chromstaub erzeugt Geschwüre an Händen und Füssen, Eichel, Lider,

Gaumen und Kehlkopf; am häufigsten ist aber eine Anätzung der Schleimhaut der Nasenscheidewand bis zur Durchbohrung derselben; auch Bronchitiden, Asthma, Tuberculose und Nierenerkrankungen kommen vor.

SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **G. A. Fischer** (Adelaide S. Australia). **Hydatiden-Erkrankung des Gehirns. (Hydatid disease of the brain.)** *Australian Medical Gazette. 20. Octob. 1898.*

Die Krankengeschichte, die F. mittheilt, betrifft einen 11jährigen Knaben. Bei der Section fand sich in der Rinde des linken Parietallappens eine etwa haselnussgrosse Cyste. Unter anderen bedeutsameren Symptomen ist auch Anosmie erwähnt. Für die Localisation des Geruchscentrums ist dies nicht ohne Interesse.

A. J. BRADY.

17) **William Hallock Park** und **Jonathan Wright. Die Nasenbakterien beim Gesunden. (Nasal bacteria in health.)** *N. Y. Medical. 5. Februar 1898.*

Abdruck eines auf dem 19. Congress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrags (vergl. Centralbl. XV. Heft 2. S. 86).

LEFFERTS.

18) **Schiff** (Wien). **Ueber das Vorkommen des Meningococcus intracellularis (Weichselbaum) in der Nasenhöhle nicht-meningitis-kranker Individuen.** *Centralblatt f. innere Medicin. 22. 1898.*

Eine Untersuchungsreihe an Individuen mit normalem Nasenbefund oder leichten chronischen Nasenkatarrhen zeigte, dass der Meningococcus intracellularis in der Nasenhöhle von Individuen, welche nicht an epidemischer Meningitis erkrankten, sich nicht allzu selten findet, zum mindesten in einer Zeit, in welcher derartige Erkrankungen sporadisch vorkommen. Zur Infection der Meningen von der Nasenhöhle aus gehört dann noch eine individuelle oder eine locale Disposition der Gewebe.

SEIFERT.

19) **F. Bruck. Ueber eine Täuschungsmöglichkeit bei der Untersuchung der Luftdurchgängigkeit der Nase sowie über deren Bedeutung für intranasale Eingriffe.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1898.*

Da bei der Rhinoscopia anterior dem Luftstrom in der Nase eine andere Richtung gegeben wird, so können Täuschungen über die Luftdurchgängigkeit vorkommen, wesshalb man die letztere auch bei natürlicher Lage der Theile prüfen soll.

SCHECH.

20) **Strubell. Ein casuistischer Beitrag zur Pathologie und Therapie des Milzbrandes beim Menschen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 48. 1898.*

Ein 41jähriger Gerber hatte sich an der Nase mit Milzbrand inficirt. Nach Schüttelfrost bildete sich an der Nasenspitze ein rother Fleck, der bald schwarz wurde und später unter Bläschenbildung nekrotisch zerfiel, die Lymphdrüsen im Kieferwinkel waren enorm geschwollen. Durch heisse Cataplasmen von 55 Cels.

auf die Nase und täglich 30 Spritzen von 3proc. Carbollösung in das Gewebe heilte die Affection ohne besondere Narbenbildung. SCHECH.

21) **Ziem. Ueber Beziehungen der Nasenkrankheiten zur Psychiatrie.** *Mon. f. Ohr. No. 11. 12. 1897.*

Weil zum Referat ungeeignet, muss die Arbeit im Original gelesen werden.

SCHECH.

22) **O. Seifert. Ueber die Beziehungen zwischen Nasen- und Augenerkrankungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 29. 1898.*

Augenkrankheiten können durch Propagation von der Nase aus entstehen oder auch auf reflectorischem Wege. Letztere beobachtet man bei Manipulationen in der Nase, und entsteht Thränensecretion mit Hyperämie der Cornea; auch Lichteinfall erzeugt Niesen. Häufiger pflanzen sich Erkrankungen der Nase direct fort. Die atrophischen Processe der Nase, die Hyperplasie der unteren Muscheln, Knickungen, Exostosen erzeugen Thränennasencanalerkrankungen, ebenso auch die adenoiden Vegetationen. Bei Kindern geben die verschiedensten Erkrankungen des Naseninnern zu Conjunctivalaffectionen Anlass; Ozaena führt zuweilen zu Cornealgeschwüren, auch Trachom kommt vor. Lupus und Tuberculose pflanzen sich ebenfalls durch den Thränennasencanal nach dem Auge fort. Reflectorisch erzeugte Augenleiden sind: Pupillenveränderungen, Photophobie, Störungen der Accomodation, Strabismus, Einengungen des Gesichtsfeldes, Neuritis optica, Asthenopie, Blepharospasmus, Ciliarneurose. Auch auf dem Wege der Gefässverbindungen können Augenleiden zu Stande kommen, wie Ziem und Winckler sahen. SCHECH.

23) **Mayo Collier. Nasenverstopfung und Ohrenkrankheiten. (Nasal obstruction and ear affections.)** *Lancet. 15. October 1898.*

Verf. bespricht die Beziehungen zwischen Nasen- und Ohrenleiden.

ADOLPH BRONNER.

24) **P. F. Barbour. Nasale Verstopfung adenoide Wucherungen vortäuschend. (Nasal obstruction simulating adenoid growths.)** *Archives of Pediatrics. März 1898.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

25) **A. Baeth. Rachenmandel und Ohr.** *Mon. f. Ohr. No. 11. 1897.*

Empfehlung der Rhinosc. anterior zur Diagnose der adenoiden Vegetationen mit Schilderung des Befundes, da dieselben bei der Palpation oft ausweichen. Die Schädlichkeiten für das Ohr hängen nicht nur von der vergrösserten Rachenmandel ab, sondern auch vom Grössenverhältniss des Nasenrachenraumes zur Rachenmandel, von der Form, Consistenz und Ansatz derselben, von der Ausgiebigkeit der Gaumenbewegungen und dem Vorhandensein von Schleim und Hypertrophie der hinteren Muschelenden. SCHECH.

26) **Alexander Francis** (Brisbane Queensland). **Ueber adenoide Vegetationen. Eröffnungsansprache in der Queensland Medical Society. (On adenoids of the**

naso-pharynx. Presidential address Queensland Medical Society.) *Australian Medical Gazette. 20. Januar 1898.*

F. charakterisirt die Adenoiden als die wichtigste Krankheit der Kindheit. Als eine der selteneren Folgestörungen, die er nach Adenoiden beobachtet hat, nennt F. die epileptiformen Krämpfe. Er berichtet über 2 Fälle, bei denen die Krampfanfälle, die heftig und häufig aufgetreten waren, nach der Entfernung der Adenoiden verschwanden, während die vorher versuchte Brombehandlung keine Besserung gebracht hatte. In 2 anderen Fällen, über die er Einzelheiten nicht mittheilt, hat F. denselben Erfolg erzielt. In einem 5. half die Operation nicht.

F. erwähnt schliesslich, dass er mit der Operation der Adenoiden wegen Enuresis nocturna in allen seinen Fällen Erfolg hatte.

A. J. BRADY.

27) **Joél** (Gotha). **Die acuten Entzündungen der Rachenmandel.** *Corresp.-Bl. d. allg. ärztl. Ver. v. Thüringen. 3. 1898.*

Die acute Entzündung der Rachenmandel wird nur selten durch die Untersuchung sichergestellt; gelingt es dem Finger, den Rachen abzutasten, so wird die starke Schwellung der Rachenmandel, im günstigen Falle wohl auch ein Gefühl der Fluctuation, zur richtigen Diagnose führen. Die Untersuchung mit dem Spiegel ist oft auch bei grösseren Kindern schon ausführbar. Wo man mit einiger Sicherheit eine Abscessbildung in der Rachenmandel vermuthen kann, wird es sich um die Entleerung des Eiterherdes handeln. Diese scheint nach Joél's Ansicht ganz gut möglich mit Hülfe eines der schneidenden Instrumente, wie sie zur Abtragung der Rachenmandel angegeben sind, wie dies ein von ihm beobachteter Fall zeigt.

SEIFERT.

28) **Dempel. Zur Frage der Tuberculose der adenoiden Wucherungen des Nasenrachenraumes und der Gaumenmandeln bei sonst gesunden Leuten. (K woprosu o bugortschatke steleshistich rasroschtschenii nosoglototschnawo prostranstwa i nebnich mindaliu u ludei w ostalnam sdorowich.)** *Chirurgija. September 1898.*

Untersuchung von 15 Fällen, von denen einer Tuberculose der erwähnten Drüsen aufwies.

P. HELLAT.

29) **Zimmermann** (Dresden). **Die Aetiologie des Pseudocroup.** *Münch. medicin. Wochenschr. No. 29. 1898.*

Z. fand bei 16 Kindern mit Pseudocroup 11 mal adenoide Vegetationen und glaubt deshalb, dass diese in der Aetiologie eine Rolle spielen, indem der von denselben producirte Schleim in den Kehlkopf läuft und einen Krampf erzeugt; auch hat Z. ein Aufhören des Pseudocroup nach Entfernung der Rachenmandelhyperplasie gesehen; bei 6 verschwand er dauernd.

SCHECH.

30) **Hertoghe** (Antwerpen). **Adenoide Vegetationen und Myxödem. (Végétations adénoides et myxoedème.)** *Bulletin de l'Académie Roy. de Méd. de Belgique. No. 3. 1898. Annal. de la Société Méd.-Chir. d'Anvers. Mars 1898.*

Nach dem Autor ist:

1. das Myxödem der Kinder und Erwachsenen immer von Nasenrachen-

störungen begleitet, und sind letztere in dem Maasse als das Myxödem selbst curabel.

2. In einer Anzahl von Fällen sind die adenoiden Vegetationen abhängig von einer „Thyreoidarmuth". Die „Hypothyroïdie" entgeht häufig einer oberflächlichen Untersuchung und muss man die nächsten Angehörigen der Kranken streng ins Verhör nehmen, um den „Thyroidfehler" zu entdecken. BAYER.

31) **Gouguenheim** (Paris). **Behandlung der Scrophulose. (Traitement du lymphatisme.)** *Société de thérapeutique. 9. Februar 1898.*

G. wendet sich mit gutem Grunde gegen die eigenartige Verquickung von Scrophulose und adenoiden Vegetationen, die Gallois vorgenommen hat. Er weist hin auf:

1. die Verschiedenheiten im Aussehen des gedunsenen Gesichts des Scrophulösen und des mageren Gesichts des Adenoiden mit seinen dünnen Lippen und dem halboffenen Munde;
2. die Seltenheit der Halsdrüsenschwellung bei Adenoiden;
3. die Häufigkeit der Gehörstörungen bei Adenoiden;
4. die Häufigkeit der Augenerkrankungen bei Scrophulösen;
5. das Fehlen von Hauterscheinungen bei Adenoiden;
6. das vortreffliche Resultat der operativen Behandlung bei Adenoiden, im Gegensatz zu der meist zu beobachtenden Erfolglosigkeit der Operation bei Scrophulösen. PAUL RAUGÉ.

32) **Bilhaut. Der Einfluss der Adenoiden auf die Entwicklung gewisser Veränderungen des Knochengerüsts. (De l'influence des adenoides sur le développement de certaines lésions du squelette.)** *Société de thérapeutique. 8. Juni 1898.*

Die adenoiden Vegetationen sind oft die Ursache der Scoliose, und eine frühzeitige Operation vermag in gewissen Fällen die Entwicklung derselben aufzuhalten. In jedem Falle soll man, bevor man zur orthopädischen Behandlung der Scoliose schreitet, die Adenoidgeschwülste operiren.

Verf. sieht die Adenoiden auch als Ursache der von Dupuytren unter dem Namen des sanduhrförmigen Thorax beschriebenen Deformität an.

Der Rachen der mit Adenoiden Behafteten ist nach B.'s Meinung die gewöhnliche Eintrittspforte für die äusserlichen tuberculösen Affectionen. Es ergiebt sich daraus für die Praxis der Schluss, dass man die Adenoiden frühzeitig entfernen muss, um die Infection des Organismus zu verhüten. PAUL RAUGÉ.

33) **Eustace Smith. Adenoide Vegetationen und Kehlkopfstridor. (Adenoid vegetations and laryngeal stridor.)** *Lancet. 19. März 1898.*

1 Monat altes Kind, das seit der Geburt an Kehlkopfstridor litt. Die Anfälle waren in der Nacht heftiger und dauerten 20—60 Minuten; sie hörten im Schlaf nicht auf. Das Kind hustete häufig. Verf. liess 2 mal am Tage eine 2 proc. Resorcinlösung in die Nase des Kindes einträufeln. Der Husten zeigte eine leichte Besserung. Zwei Monate später trat ein besonders schwerer Anfall

ein. Mit dem Finger fühlte man geringe adenoide Wucherungen. Diese wurden unter Chloroform exstirpirt. Eine Woche später war der Stridor erheblich geringer und nach 14 Tagen war er verschwunden. Verf. hält für die wahrscheinliche Ursache des Stridors eine spasmodische Contraction der ary-epiglottischen Falten, die ihrerseits durch den von den Adenoiden ausgelösten Reiz zu erklären ist.

ADOLPH BRONNER.

34) **F. Lauffs** (Heilbronn). **Prolapsus ani geschwunden sofort nach operativer Entfernung von adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. S. 457. 1898.*

Ausser dem in der Ueberschrift erwähnten Falle berichtet Verf. über mehrere Fälle von Enuresis nocturna, die durch Herstellung der Nasenathmung geheilt wurden. In zwei weiteren Fällen beobachtete Verf. nach Beseitigung eines Athemhindernisses in der Nase das Nachlassen resp. Verschwinden lange bestehender habitueller Obstipation. Die Störung der Circulation, die bei Nasenverstopfung eintritt, scheint dem Verf. das vermittelnde Glied zwischen dieser und den abdominalen Erscheinungen zu sein.

F. KLEMPERER.

35) **Frank D. Sawyer. Die Bedeutung des frühen Erkennens der Vergrösserungen der Rachentonsille. (The importance of the early recognition of enlargements of the pharyngeal tonsil.)** *N. Y. Med. Record. 21. Mai 1898.*

Verf. bespricht die Symptome der Adenoiden bei kleinen Kindern, die Leichtigkeit ihrer Behandlung und die Gefahren, die sie mit sich bringen, wenn man sie vernachlässigt.

William Osler meint, dass der Arzt in diesem Punkte noch ebenso der Aufklärung bedürfe, wie der Laie. Der Praktiker müsse dazu erzogen werden, jedes Kind, das mit offenem Munde athme und im Schlaf schnarche, dem Specialisten zu überweisen.

LEFFERTS.

36) **R. R. Stawell** (Melbourne). **Adenoidgeschwülste des Nasenrachenraums. (Nasopharyngeal adenoid growths.)** *Intercolonial Med. Journal of Australia. 20. Mai 1898.*

Von 12600 Kindern, die im vergangenen Jahr in der Poliklinik des Childrens Hospital Melbourne zur Beobachtung kamen, hatten über 6 pCt. so zweifellose Symptome von Adenoiden, dass die Krankheit auf den ersten Blick diagnosticirt werden konnte. Stawell stellt fest, dass die Adenoiden in dem frühesten Alter durchaus nichts Ungewöhnliches sind. Er hat sie schon bei vier Monate alten Kindern operirt. Verf. sah Fälle von Taubstummheit, bei denen es evident war, dass die Kinder in der ersten Jugend an Adenoiden gelitten hatten und denen das Gehör erst allmälig verloren gegangen war. Verf. operirt in Chloroformnarkose. Bei 3000 Fällen ist kein unglücklicher Ausgang vorgekommen.

A. J. BRADY.

37) . . . **Adenoidwucherungen im Nasenrachenraum. (Nasopharyngeal adenoid growths.)** *Intercolonial Medical Journal of Australia. 20. Juni 1898.*

An Stawell's Vortrag in der Medical Society of Victoria schloss sich eine

längere Discussion an. Allgemein wurde der Anschauung Ausdruck gegeben, dass Stawell's Behauptung, die Adenoiden seien eine Ursache der erworbenen Taubstummheit, nicht haltbar sei. Der Procentsatz der Taubstummen in Australien beträgt 1,83 auf 10000 der Bevölkerung. Postnasale Adenoidwucherungen dagegen sind sehr verbreitet und wenn Taubstummheit durch sie verschuldet würde, müsste sie häufiger vorkommen.

A. L. Kenny, J. W. Barrett und P. Webster haben in allen Fällen bei Taubstummen, die Adenoide hatten, diese entfernt; manchmal wurden sehr grosse Massen herausgenommen; das Gehör aber wurde nicht gebessert.

Ueber den ausserordentlich wohlthätigen Effect der Herausnahme der Adenoiden in geeigneten Fällen, wie über die Gefahrlosigkeit der Operation herrschte allgemeine Uebereinstimmung. Tausende von Fällen sind in Melbourne operirt worden, ohne dass ein Chloroformtod vorgekommen wäre. Iredell kennt einen letalen Ausgang durch Blutung und zwei durch septische Infection. A. L. Kenny verlor ein Kind, bei dem er die grossen Mandeln zugleich mit den Adenoiden exstirpirt hatte: das Kind starb nach 26 Stunden unter hohem Fieber und den Erscheinungen der Kehlkopfstenose. Die Operation war unter aseptischen Cautelen ausgeführt worden.

Die Wichtigkeit der frühen Entfernung der Geschwülste wurde betont. Unheilbare Sclerose des Ohrs ist oft die Folge, wenn man die Adenoiden vernachlässigt und erst im Alter von 15 oder 16 Jahren entfernt (Barrett).

Was das Recidiviren anlangt, so beobachtete Iredell dasselbe häufig und nicht als Folge unvollkommener Entfernung. Barrett hat ein Kind behandelt, bei dem die adenoiden Wucherungen 3 mal wieder wuchsen, trotzdem sie jedesmal möglichst vollständig entfernt worden waren. Zur Verhütung des Recidivs wird das Aufsuchen eines trockenen Klimas angerathen.

A. J. BRADY.

38) **James W. Barrett** (Melbourne Victoria). **Studie über die Taubstummheit. (A study in deaf-mutism.)** *Intercolonial Medical Journal of Austral. 20. Juli 1898.*

B. beobachtet ein 4 jähriges Kind, das taub ist. Bis zu 18 Monaten war an dem Kinde nichts Abnormes aufgefallen. Dann zeigten sich die typischen Zeichen von Adenoiden im Nasenrachenraum. Dieselben wurden entfernt. Die Besserung des Gehörs, die dadurch erreicht wurde, war nur eine geringe. B. nimmt an, dass die Taubstummheit die Folge der zu späten Operation ist. Das Kind ist das 4. einer sonst gesunden Familie. Das nächste Kind hat normales Gehör, dann aber folgt eines, das absolut taub seit der Geburt ist.

A. J. BRADY.

39) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Adenoidwucherungen im Nasenrachenraum. (Naso-pharyngeal adenoid growths.)** *Intercolonial Med. Journal of Australia. 20. Juli 1898.*

H. ist, auf eigene umfangreiche Erfahrungen gestützt, der Ansicht, dass die Adenoiden keine ätiologische Bedeutung für Taubstummheit haben. Er glaubt auch nicht an ihr Recidiviren nach gründlicher Entfernung, glaubt vielmehr, dass die Adenoiden in dieser Beziehung analog den Gaumenmandeln sind. Seit vier

Jahren operirt er unter Stickoxydnarkose, neuerdings mit Stickoxyd und Oxygengas mittelst Hewitt's combinirtem Inhalator. Diese combinirte Narkose lässt reichlich Zeit für den Eingriff und ist nicht gefahrvoll. Als ideales Instrument zur schnellen und vollständigen Abtragung der Adenoiden empfiehlt H. die Gottstein-Beckman'sche Curette.

Eine Discussion über H.'s Vortrag entspann sich auf dem Meeting of the Medical Society of Victoria am 5. Juli. Mehrere Mitglieder sprachen. Gertrude Halley empfahl die Operation am herabhängenden Kopfe in Chloroformnarkose. Stawell kritisirt H.'s Ausführungen in längerer Rede. A. J. BRADY.

40) **J. Caz. Ambulatorische Beobachtungen über adenoide Wucherungen im Nasenrachenraume. (Ambulatornija nabljudenija nad adenoidnimi rasroschtschenijami w nosoglototschnom prostranstwe.)** Sonderabdruck aus d. *Wratsch. No. 21—23. 1898.*

K. hat circa 100 Fälle gesehen, von denen er 19 genauer beschreibt. Wieviel operirt wurde, wird nicht mitgetheilt. Der Operateur ist zufriedengestellt, wenn er einige Körner von der Geschwulst zu Gesichte bekommt. Er verwirft die Fingeruntersuchung als eine zu gewaltsame, hat sie jedoch in einem Drittel seiner beschriebenen Fälle ausgeführt. P. HELLAT.

41) **James F. Mc Caw. Adenoide Wucherungen im Rachen. (Adenoid vegetations of the pharynx.)** *N. Y. Med. Journal. 30. April 1898.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

42) **Strandbygaard** (Danmark). **Ueber Krankheiten im Kindesalter. (Om Sygdomme i Barnealderen.)** *Bibliothek for Laeger. 1898.*

Der Verf. hat 568 Kinder, die in Jütland wohnten und Dorfschulen besuchten, nach verschiedenen Richtungen hin untersucht. Von den Resultaten, die er erhielt, sollen nur folgende Einzelheiten hervorgehoben werden: Hypertrophische Rhinitis wurde bei 216 Kindern (36 pCt.) gefunden — Buccale Respiration bei 82 Kindern (14 pCt.), von welchen 28 hochgradig entwickelte Vegetationen besassen — 213 Kinder (36 pCt.) hatten Tonsillitis hypertrophica, bei 75 (14 pCt.) war die Hypertrophie so gross, dass eine Tonsillotomie indicirt war. Durch Palpation des Nasenrachenraumes wurden adenoide Vegetationen bei 461 Kindern (83 pCt.) nachgewiesen. Nur bei 32 Kindern (6 pCt.) war die Schleimhaut glatt und die Cavität normal; 65 Kinder (11 pCt.) wurden nicht digital explorirt. Die adenoiden Vegetationen waren bei 33 pCt. (189 Kinder) in höherem Grade vorhanden. SCHMIEGELOW.

43) **P. Hellat. Ueber adenoide Wucherungen bei Erwachsenen. (O sheleshistich rasroschtschenijach u wsroslich.)** *Wratsch. No. 34. 1898.*

Nach Verfasser ist die Anschauung irrig, dass die adenoiden Wucherungen in den Pubertätsjahren oder bis zum 30. Jahre schwinden. Die Wucherungen bleiben, nur die Symptome wechseln. Diese sind bisher bei Erwachsenen nicht genügend klargelegt. Nach H. kann man dieselben in zwei Categorien theilen: 1. solche, die viel Aehnlichkeit mit denjenigen der Neurasthenie haben, 2. in

locale Erscheinungen von Seiten der Ohren, der Nase, des Pharynx und Larynx. Die Operation ist die einzige rationelle Therapie. Nur führt sie H. nicht mit dem Gottstein'schen Ringmesser in Schmidt'scher Modification, sondern mit einem von ihm selbst modificirten Instrument aus. Der Ring bei seiner Modification ist leicht stumpfwinklig zum Stiel und die Schneide etwas nach aussen gerichtet.

Autoreferat.

44) **Kyle. Zur Behandlung der ödematösen Verdickung des Lymphgewebes des Nasenrachens und der Tonsillen. (In oedematous thickening of the lymphatic tissue of the nasopharynx and tonsils.)** *N. Y. Medical Record. 5. Februar 1898.*

Rp. Ichthyol 10,0
Aqu. destill. 20,0

M. D. S. Einmal täglich zu appliciren nach vorheriger Reinigung der Theile mit einer alkalischen Lösung.

LEFFERTS.

45) **Chas. J. Proben. Die Entfernung der adenoiden Geschwülste des Nasenrachenraums. (The removal of adenoid growths of the nasopharynx.)** *N. Y. Medical Journal. 19. Februar 1898.*

Verf. kleidet ein altes, wie es schien längst überwundenes Ding in neue Worte. Nach mehreren stilistisch sehr schönen, thatsächlich aber nichts Neues bietenden Spalten kommt er zu dem überraschenden Schluss, dass von all' den Instrumenten, die zur Operation der Adenoiden empfohlen wurden und deren Zahl Legion ist, die Curetten (nach Gottstein) und die Zangen (nach Löwenberg) zwar nützlich zur Entfernung des Gewebes en masse sind, dass sie aber doch „an Werth zurückstehen vor dem Gebrauch des scharfen Fingernagels als Curette". Die verschiedenen Instrumente mögen noch so sehr den anatomischen Verhältnissen angepasst sein und noch so fein gehandhabt werden, stets bilden sie eine Quelle der Reizung. Sie können einen Hohlraum nicht so gründlich reinigen, wie der von dem „Tactus eruditus" geleitete Fingernagel.

Wir können der Operationsmethode P.'s keine Bewunderung zollen. Nicht nur, dass er Narkose braucht und Rose's Position des Kopfes, dann den Denhard'schen Mundsperrer und eine Naht zum Fassen der Zunge, er verlangt auch noch die vorherige Exstirpation der Gaumenmandeln; und selbst dann verlässt er sich noch nicht auf seinen scharfen Fingernagel und sein „Tactus eruditus", sondern er benutzt jetzt — wie er selbst erzählt — die Gottstein'sche Curette, danach die Löwenberg'sche Zange und nach diesen erst bringt er den vielgerühmten Fingernagel ins Spiel, der dann gründlich alle Reste entfernt und die Nischen und Buchten besonders aufräumt. „Eile ist nicht nöthig, obgleich die Blutung bisweilen reichlich ist."

LEFFERTS.

46) **J. Sendziak. Zur Frage der Complication bei der Operation der sog. adenoiden Vegetationen. (W kwestyi powiktau po operacyi t. zw. wyrosti adenoidalnych w jamie nosogardzielowej.)** *Nowiny lekarskie. No. 5. 1898.*

Verf. hat bei 2 Kindern, bei denen er die genannte Operation ausgeführt hat, 2 Stunden darauf malarische Anfälle (Febris quotidiana), die einige Tage

anhielten, beobachtet. Dieselben hörten nach Anwendung von Chinin auf. Da auch bei anderen Mitgliedern der Familie, die nicht operirt worden waren, ähnliche Anfälle eintraten, so scheint es dem Referenten nicht richtig, die obengenannten Anfälle als postoperative Complication zu betrachten.

A. v. SOKOLOWSKI.

47) **Seifert** (Würzburg). **Ueber die Operation der adenoiden Vegetationen.** *Die ärztl. Praxis. 6. 1898.*

S. befürwortet die Vornahme der Operation in Chloroformnarkose, er bedient sich des Gottstein'schen oder Beckmann'schen Ringmessers und hält eine locale Nachbehandlung für unnöthig. Grosses Gewicht legt er auf zweckmässige Athemgymnastik zur Nachbehandlung. Autoreferat.

48) **Hessler. Ueber den Zeitpunkt und die verschiedenen Methoden der Operation der Rachenmandel und der Gaumenmandeln bei acuten Mittelohrentzündungen.** *Mon. f. Ohr. No. 2. 1898.*

H. operirt gleich nachdem der Höhepunkt der allgemeinen und localen entzündlichen Erscheinungen vorüber, aber noch im entzündlichen Stadium der Ohraffection, was den günstigsten Einfluss auf den Verlauf der Ohraffection hat. Die Operation vor totaler Rückbildung der Mandeln ist leichter, da man nur so möglichst viel davon entfernen kann, was nöthig ist, um Recidive zu verhüten. H. empfiehlt das von ihm modificirte Schütze'sche Pharynxtonsillotom und hält Narkose für unnöthig.

SCHECH.

49) **Zander** (Konitz). **Ueber die unangenehmen Zufälle bei der Operation adenoider Wucherungen im Nasenrachenraume.** Dissert. Würzburg 1898.

Z. berichtet über einen Fall, einen 29jährigen Burschen betr., bei welchem nach der Entfernung der adenoiden Vegetationen mit dem Beckmann'schen Messer eine so schwere Blutung entstand, dass die Tamponade des Nasenrachenraumes vorgenommen werden musste. In einem anderen Falle wurde bei einem 7jährigen Knaben mit dem gleichen Instrumente der Vomer mitherausgeholt.

SEIFERT.

50) **J. Sendziak** (Warschau). **Ueber die Resultate der operativen Behandlung der sog. Adenoidalvegetationen in der Naso-pharynxhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. S. 443. 1898.*

Verf. hat unter 8000 Patienten 718mal Adenoide constatirt und davon 336 operirt. Er berichtet über die Resultate der Operationen, die er in folgenden Punkten zusammenfasst:

1. Die Wiederherstellung der Permeabilität der Nase.
2. Mehr oder weniger bedeutende Besserung des Allgemeinzustandes.
3. Günstiger Einfluss auf die Intelligenz.
4. Günstiger Einfluss auf Gehörstörungen.
5. Erfolgreiche Behandlung der Taubstummheit.
6. Die Beseitigung der localen Veränderungen in den Nasenhöhlen und im Pharynx.

7. Heilung der Reflexneurosen.
8. Vortheilhafter Einfluss auf vermeintliche Lungenblutungen.
9. Beseitigung von Sprachstörungen. F. KLEMPERER.

51) **Cholewa. Einiges über die Technik der Operation der adenoiden Wucherungen.** *Mon. f. Ohr. No. 12. 1897.*

Nach einer Kritik des Beckmann'schen Messers und der neuesten von Hartmann angegebenen Zange wendet sich Ch. gegen die Untersuchung mit dem Finger, die ekelhaft, gefährlich und schmerzhaft sei. Cocain ist wegen der Gefahr der Blutung bei der Operation zu vermeiden; Ch. empfiehlt zur Narkose eine Mischung von Aeth. sulf. 60,0, Chlorof. 15,0 und Aether petrolei 5,0. Es ist nicht richtig, dass der acute Schnupfen nach Beckmann in einer primären Entzündung der Rachenmandel besteht. SCHECH.

52) **Jancquet. Beitrag zur Behandlung der adenoiden Vegetationen; die Anwendung des Bromaethyls als allgemeines Anästheticum. (Contribution au traitement des adenoïdes. L'emploi du bromure d'éthyle comme anésthésique général.)** *La Presse Méd. Belge. No. 41. 1898.*

J. vertheidigt die Anwendung des Bromäthyls als allgemeines Aestheticum gegen Dr. Jossuet, welcher dem Chloroform den Vorzug giebt. Er führt seine Argumentation ins Feld, welche im Berichte über die Belgische oto-laryngologische Gesellschaft von 1897 angeführt ist. BAYER.

53) **Jancquet. Beitrag zur Behandlung der Adenoiden. (Contribution au traitement des adénoides.)** *La Presse Méd. Belge. No. 42. 1898.*

Weitere Entgegnungen auf die Behauptungen, welche Dr. Jossuet in seinem Artikel über die „Adenoiden" aufgestellt hat. Nichts Wesentliches.

BAYER.

54) **St. Clair Thompson. Zange für Adenoidwucherungen im Nasenrachenraum. (Forceps for nasopharyngeal adenoids.)** *Lancet. 26. Februar 1898.*

Abbildung der Zange, die mit geringen Modificationen der Jurasz'schen gleicht. Dieselbe ist zu haben bei Mayer u. Meltzer. ADOLPH BRONNER.

55) **Walter F. Chappell. Zange und Curette zur Entfernung adenoider Wucherungen. (Forceps and curette for the removal of adenoids.)** *N. Y. Medical Record. 16. April 1898.*

Eine Modification der Gottstein'schen Curette (was der Autor übrigens nicht sagt), bei der der schneidende Rand gezahnt und nicht sehr scharf ist. Man sollte meinen, dass die Zähne die Schleimhaut zerreissen; thatsächlich aber wird die Schleimhaut nach den Versicherungen des Verf.'s geschont, während das Instrument die kleinsten Mengen des adenoiden Gewebes leicht fasst. LEFFERTS.

56) **Denker** (Hagen). **Ein neues Instrument zur Entfernung adenoider Vegetationen.** *Arch. f. Ohrenheilk. 43. Bd. 4. Heft. 1898.*

Das Instrument ist eine stark abgebogene Scheere mit einem Gitter zum Auffangen des Abgeschnittenen. (Steiner, Frankfurt a. M.) SEIFERT.

57) **Johann Fein. Eine neue Nasenscheere.** *Fränkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 7. S. 475. 1898.*

Beschreibung und Abbildung einer Doppelscheere, die F. zur Entfernung der hinteren Muschelenden empfiehlt.

F. KLEMPERER.

58) **Amberg. Ein neues Nasenspeculum.** *Mon. f. Ohr. No. 1. 1898.*

Zu beziehen bei Pfau, Berlin.

SCHECH.

c. Mundrachenhöhle.

59) **L. Lavraud. Die glandulären Anginen. (Les angines glanduleuses.)** Paris 1898.

L. fasst unter diesem Titel alle Erkrankungen zusammen, die sich im lymphoiden Gewebe des Halses und des Rachens abspielen, von der einfachen umschriebenen oder diffusen Entzündung bis zu der Hypertrophie der Tonsillen und den adenoiden Vegetationen. Der Bezeichnung Anginen wird damit freilich eine erhebliche Elasticität gegeben, aber schliesslich ist dies nur eine Namenfrage.

Die acuten und chronischen Pharyngitiden bespricht Verf. ausführlich; besonders aber verweilt er bei der chronischen Entzündung des retronasalen Raums.

Am Schluss behandelt Verf. die Anginaformen, die bei Albuminurie, bei Diabetes, bei Typhus etc. vorkommen und erörtert die Beziehungen des Nasenrachens zum Gesichtserysipel. Das Büchlein ist vorwiegend klinischen Inhalts und für den Praktiker geschrieben.

A. CARTAZ.

60) **J. Raczynski. Ueber die sogen. Angina ulcerosa. (O tak zwanem „wrzodliwem zapalenin gardta" [Angina ulcerosa] i jego rozvoznienin od btonicy.)** *Przeglad lekarski. No. 46, 47. 1898.*

Nachdem Verf. die sogen. Angina ulcerosa vom klinischen, bacteriologischen und differential-diagnostischen Standpunkte aus besprochen hat, beschreibt er einen diesbezüglichen Fall.

Ein 3jähriges Mädchen fieberte seit 2 Tagen und klagte über Schlingbeschwerden. Es wurde auf beiden Tonsillen ein diphtherieähnlicher Belag constatirt und sofort eine antidiphtheritische Seruminjection applicirt. Nächsten Tag bestanden an Stelle des Belages Geschwüre, das Athmen war fötid, die Halsdrüsen stark geschwollen.

Die bacteriologische Untersuchung der Membran zeigte keine Diphtheriebacillen, sondern nur die von Bernheim und Pospiszil beschriebenen Bacillen der Angina ulcerosa.

Das Kind genas allmälig.

A. v. SOKOLOWSKI.

61) **D. J. Russel Thompson** (Liverpool). **Ein Fall von nicht-diphtheritischer membranöser Halsentzündung. (A case of non-diphtheritic membranous sore-throat.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Juli 1898.*

Es handelte sich wahrscheinlich um eine Streptokokken-Infection. Ausser

sehr zahlreichen Kettenkokken ergab die Cultur einen Bacillus, der kürzer und dicker, und einen zweiten, der länger war, als der Löffler'sche. Albuminurie bestand nicht, ebensowenig Lymphdrüsenschwellung oder eine Lähmung.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

62) **Troisier** und **Decloux. Phlebitis des Beins nach Streptococcenangina. (Phlébite de la jambe consécutive à une angine à streptocoques.)** *Bull. Soc. méd. des hôpit. 11. Februar 1898.*

19jähriger junger Mann ins Krankenhaus aufgenommen mit einfacher Angina ohne wesentliches Fieber. Die bakteriologische Untersuchung ergiebt das Vorhandensein von Streptokokken. Nach 3 Tagen sind die paar Flecken, die im Halse zu sehen gewesen waren, verschwunden und der Kranke verlässt das Spital am 6. Tage als geheilt. Er ist den ganzen Tag auf den Beinen und klagt am nächsten Morgen über einen heftigen Schmerz in der Kniekehle. Das Bein schwillt an und am 3. Tag nach seiner Entlassung kehrt Pat. ins Krankenhaus zurück. Man constatirt eine Phlebitis, die aber in wenigen Tagen ohne weitere Complication zur Heilung kommt.

Die Verff. haben in der Literatur diese Complication einfacher Angina nur 2mal erwähnt gefunden; ähnliche Fälle sind von Turnbull (R. S. M. XXXVII, 649) und Vaquez (Clinique de la Charité) mitgetheilt.

A. CARTAZ.

63) **Karl Wäldin. Beitrag zur Casuistik des Herpes zoster palati duplex.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 7. S. 309. 1898.*

Eine fleissige literarische Studie über den Herpes des Mundes und Rachens. Einige Aehnlichkeit mit dem Herpes zoster weisen nach W. auf: 1. die acute Angina lacunaris s. follicularis; 2. der Pseudoherpes des Pharynx und Larynx; 3. das Ulcus benignum von Heryng und 4. die acuten Nachschübe im Verlauf der durch Leptothrix bewirkten Pharynxmycose.

Der Herpes der Mundhöhle selbst tritt in 3 Formen auf, als:

1. infectiöse Form, der Angina herpetica entsprechend, doppelseitig;
2. trophoneurotische Form, dem Zoster pharyngis (Z. bucco-pharyngeus) zugehörig, halbseitig;
3. chronische, recidivirende Form, ähnlich dem Herpes genitalis, mit dem sie oft zusammenfällt.

Der doppelseitige Herpes zoster im Munde ist sehr selten. Bisher sind nur 2 Fälle berichtet; W. fügt diesen einen dritten, in der Haug'schen Poliklinik in München beobachteten hinzu.

F. KLEMPERER.

64) **Baumgarten. Casuistik.** *Mon. f. Ohr. No. 6. 1898.*

B. theilt einen Fall von Bulbärparalyse mit und spricht über einen Fall von Geschwüren des harten Gaumens, die bis aufs Periost dringen, und über deren Natur B. und Andere nichts Bestimmtes aussagen konnten.

SCHECH.

65) **J. Brault. Leucoplasie und primäres Epitheliom der Gaumenwölbung bei einem alten Syphilitiker. (Leucoplasie et epithelioma primitif de la voute palatine chez un ancien syphilitique.)** *Annal. de dermat. IX. p. 364.*

Der Fall ist wegen seiner Seltenheit von Interesse. Ein 69jähriger Mann,

der mit 29 Lues acquirirt hat, erkrankt an einem primären Epitheliom des Gaumendachs. Vor 2 Jahren hat sich der Pat. aus Versehen eine kleine Verbrennung des Gaumens zugezogen, die eine Abschuppung im Gefolge hatte. Seit zwei Monaten ist die leucoplacische Stelle ulcerirt und jetzt besteht mitten am Gaumen eine fungöse Ulceration, während beiderseits die Submaxillardrüsen geschwollen sind. Die specifische Behandlung, die der Kranke fordert, bleibt ohne Erfolg. Der Kranke stirbt 4 Monate später an Cachexie. Ein Stück der Neubildung, das intra vitam entfernt war, sichert die Diagnose auf (gelapptes Pflasterzellen-) Epitheliom.

A. CARTAZ.

66) **Dufour. Sequester des harten Gaumens. (Séquestre de la voute palatine.)** *Journal méd. de Bruxelles. No. 7. 1898.*

Vorzeigen im Cercle Méd. von Brüssel, Sitzung vom 7. Januar 1898, eines 50 centimestückgrossen Sequesters aus der Mitte des harten Gaumens mit seiner Naht in der Mitte. Heilung durch Jodbehandlung.

BAYER.

67) **Gevaert. Die Tumoren des weichen Gaumens. (Les tumeurs du voile du palais.)** *No. 13. 1898.*

G. theilt zwei Fälle von Geschwülsten des weichen Gaumens mit, von denen der eine ein primäres, erbsengrosses Epitheliom, mit regionärem Drüsenrecidive, der andere ein mandelgrosses Adenosarcom, welches sich leicht ausschälen liess, darstellt.

BAYER.

68) **Gratia. Tumor des Gaumensegels. (Tumeur du voile du palais.)** *La Clinique. No. 48. 1898.*

In der Sitzung vom 23. November 1898 des „Cercle d'Etudes médicales" zeigt G. Photographien mikroskopischer Präparate vor, deren Schnitte einem Gaumensegeltumor entnommen sind. G. hält denselben für eine Mischgeschwulst, für ein „endotheliales Angiosarcom".

BAYER.

69) **Goris. Bemerkungen über die Uranostaphylorraphie. (Notes sur l'uranostaphylorraphie.)** *La Presse méd. Belge. No. 2. 1898.*

G. operirt bei herabhängendem Kopfe und wartet nicht das 15.—16. Jahr ab; sein jüngster operirter Fall hatte $5^1/_2$ Jahre. Die Operation wird in 3 Zeiten ausgeführt:

1. Anfrischen der freien Ränder des harten Gaumens;
2. Loslösen der Lappen;
3. Anfrischen der Gaumensegelränder, Anlegen der Nähte und Entspannungsincisionen.

Um rasch und mit gutem Erfolg zu operiren, müsse man

1. breite Lappen lospräpariren und die der Flügelbeinapophyse adhärirende Partie des Pharynx mit hereinnehmen;
2. mit der Operation fortfahren, während man die blutenden Incisionen tamponirt;
3. die Ränder $^1/_2$ cm vom freien Rand entfernt anlegen und schliesslich das Gaumensegel parallel zur Sutur des Zäpfchens incidiren.

BAYER.

70) **W. Einthoven** (Leiden). **Ueber die Bewegungen des Pharynx. (Over de bewegingen van den pharynx.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneeskund. II. p. 1053. 1898.*

Auszug aus dem Capitel des Verf. in Heymann's Handbuch, mit Reproduction der dort erwähnten stereoskopischen Momentaufnahmen. H. BURGER.

71) **L. S. Somers. Rheumatische Pharyngitis. (Rheumatic pharyngitis.)** *N. Y. Med. News. 16. Juli 1898.*

Krankengeschichte einer Frau, die in jedem Jahre eine Attacke von Gelenkrheumatismus hatte und jedesmal vorher an einer Halsaffection litt. Die Untersuchung ergab einen peritonsillären Abscess. 48 Stunden nach der Behandlung mit Salicylpräparaten und nach Entleerung des Eiters waren die Schmerzen und die Schwellung beseitigt und der Rachen bot ein normales Bild. Dann erst trat der Gelenkrheumatismus ein, der 1 Woche dauerte. In derselben Reihenfolge spielte sich die Krankheit jedesmal ab und die Halssymptome wurden nur durch antirheumatische Behandlung gebessert. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

72) **C. E. van der Horst** (Zaandyk). **Chronische Pharyngitis in Beziehung zu der Diagnose Syphilis. (Chronische pharyngitis in verband met de diagnose syphilis)** *Med. Weekbl. V. No. 20.*

H. referirt einen Aufsatz von Garel (Semaine méd. 6. Juli 1898) und beschreibt einen Fall, wo, nach einem ganz kleinen Primäraffect an der Lippe ohne Drüsenschwellung, als erstes Zeichen der secundären Lues eine hartnäckige, schmerzhafte Pharyngitis bestand. H. BURGER.

73) **M. Toeplitz. Leptothrixmycose des Rachens. (Mycosis pharyngis leptothricia.)** *N. Y. Med. Journal. 25. Juni 1898.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

74) **Bergeat. Plaques muqueuses der hinteren Rachenwand.** *Münch. medicin. Wochenschr. No. 47. 1898.*

Mittheilung eines solchen Falles, der wegen seiner seltenen Localisation auf der Hinterwand interessant ist, auch Ref. sah nur einige wenige Fälle der Art.

SCHECH.

75) **Stooss** (Bern). **Ein behaarter Polyp des Rachens.** Bericht des Jenner'schen Kinderspitals von 1898. Bern bei Schmid u. Francke.

$^1/_2$jähriges Kind. Seit dem 3. Lebensmonat mühsames, rasselndes Athmen und Erstickungsanfälle. Graurother, frei herunterhängender Tumor neben der Uvula hervorragend, mit einem Stiel am Rachendach, an der Schädelbasis befestigt.

Nach der Entfernung erweist er sich als rundlich walzenförmig, mit Haut und Lanugo bedeckt; 3 cm lang, 1 cm breit, excentrisch eine starke Vertiefung. Mikroskopisch Epidermis, Haarbälge und Talgdrüsen; eine Art Foetus in foeto.

JONQUIÈRE.

d. Diphtheritis und Croup.

76) **Gratia** und **Lienaux. Beitrag zum bacteriologischen Studium der Vogeldiphtheritis. (Contribution à l'étude bactériologique de la diphtérie aviaire.)** *Bulletin de l'Académie Roy. de Méd. de Belgique. No. 4. 1898. La Presse Méd. Belge. No. 22. 1898.*

G. und L. kommen auf Grund bakteriologischer Untersuchungen zu dem Schlusse, dass im Schnabel von an epizootischer Diphtheritis erkrankten Tauben ein durch seine morphologischen Eigenschaften, seine Culturen und seine bestimmten chemischen Reactionen dem Klebs-Löffler'schen sehr ähnlicher Bacillus sich vorfinde, der jedoch eine sehr schwache Virulenz besitze und gar keine für das Meerschweinchen.

Da sie aus Mangel genügender differenzieller Kriterien nicht ganz bestimmt darthun konnten, ob es sich um einen pseudodiphtheritischen oder attenuirten Klebs-Löffler'schen Bacillus handle, und daher die Frage offen lassen, so geben sie doch zu, obgleich nach dem gewonnenen Eindruck sie sich zu Gunsten der ersten Hypothese aussprechen möchten, dass zum mindesten eine Präsumption zu Gunsten der zweiten Annahme bestehe, und demgemäss vom hygienischen Standpunkt aus darauf zu achten wäre.

BAYER.

77) **Riese** (Britz). **Beiträge zur Serumtherapie bei Diphtherie.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 57. Bd. 4. Heft. 1898.*

Von 100 mit Heilserum behandelten Kindern starben 8, 56 mussten tracheotomirt werden, auf diese treffen 4 Todesfälle. Aus der Zusammenstellung dieser Fälle geht hervor, dass, je früher mit der Serumbehandlung begonnen wird, um so günstiger der Krankheitsverlauf sich gestaltet. Grosse Dosen sollten einverleibt werden, wenn die Kinder erst am dritten Tage oder später zur Beobachtung kommen, ebenso in Fällen von Mischinfection und von schwerer toxischer Diphtherie.

SEIFERT.

78) **Krönlein** (Zürich). **Ueber die Erfahrungen mit dem diphtheritischen Heilserum an der chirurgischen Klinik in Zürich.** Vortrag am klinischen Aerztetag in Zürich, 11. Mai 1898. — *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerte. No. 14. 1898.*

Kr. wollte sich in diesen Fragen nicht aussprechen, bis ein halbes Tausend genau controlirter Fälle durch seine klinische Beobachtung durchgegangen war. Er spricht jetzt seine Ansicht dahin aus, dass das Behring'sche Heilserum in der Behandlung der Halsdiphtherie einen wichtigen Factor bildet und dass der gewaltige Umschwung in den Mortalitätsverhältnissen der Diphtherie seit 1894 völlig unerklärlich ist, wenn man die Heilwirkung des Serum leugnet. Hingegen wünschte der Vortragende behufs eines völlig objectiven Urtheils doch zu vernehmen, ob es nicht noch grosse klinische Anstalten gebe, wo nicht gespritzt werde, so dass man das noch fehlende Experimentum crucis bekäme zur absoluten Entscheidung der Frage, ob nicht der genannte Umschwung einer Veränderung des Genius morbi beizumessen sei.

JONQUIÈRE.

79) **T. Hellström** (Stockholm). **Fortgesetzte Untersuchungen über die Blutserumtherapie gegenüber Diphtherie. (Fortsatte pröfningar af blodserumterapien mot diphtheri.)** *Hygea. p. 26. 1898.*

In diesem Vortrag, der in der allgemeinen Versammlung schwedischer Aerzte in Stockholm am 6. August 1897 gehalten wurde, stellt sich Verf. auf die Seite Derer, die die Auffassung verfechten, dass sich durch die Serumtherapie die Prognose der Diphtheriepatienten bedeutend verbessert hat. SCHMIEGELOW.

80) **Sevestre. Statistisches über die Diphtheritisfälle im Hôpital des Enfants Malades im Jahre 1897. (Statistique de la diphthérie à l'hôpital des Enfants Malades pendant l'année 1897.)** *Société Médicale des Hôpitaux. 29. April 1898.*

Die Statistik umfasst 580 Fälle; von diesen starben 101, und zwar 43 in den ersten 24 Stunden nach der Aufnahme.

99 Kranke hatten eine Streptococcendiphtherie. Bei dieser Form war die Mortalität fast dreimal so gross als bei allen anderen Formen der Erkrankung.

Alle Patienten — mit einigen wenigen Ausnahmen — erhielten bei der Aufnahme eine Seruminjection. Ausserdem wurden reichliche Ausspülungen des Halses und der Nase mit 5proc. Labarraque'scher Lösung oder mit 1proc. Chlorallösung gemacht.

Bei den Mischinfectionen wurden die Mandeln mit Jodtinctur gepinselt oder mit Salol eingepulvert.

Croup kam 341mal vor. Die Intubation wurde bei 203 Kindern gemacht; es starben von diesen 40 (21 mehr als 24 Stunden nach der Aufnahme). 21mal folgte der Intubation noch die Tracheotomie. 17 Kinder wurden sofort tracheotomirt.

PAUL RAUGÉ.

81) . . . **Statistische Erfahrungen über die Serumtherapie bei Diphtherie. Bericht der Specialcommission der Clinical Society. (Statistics of diphtheria antitoxin. Report of special committee of the clinical society.)** *Clin. Soc. Transactions. Brit. Med. Journal. 4. Juni 1898.*

Der Bericht umfasst 633 Fälle; die meisten wurden persönlich von den Comitémitgliedern überwacht, ein Rest stammt von Aerzten, die hinsichtlich der Zuverlässigkeit der Diagnose nnd der Behandlung alle Garantien bieten. Zu dem Comité gehörten die Herren Church, Stephen Mackenzie, Sidney Coupland, Hale White, Sidney Martin, W. Pasteur, Washbourn, Hawkins und Goudall. Die Enquête begann im Januar 1895.

Die Fälle theilen sich in 5 Classen nach der anatomischen Vertheilung der Pseudomembranen und wieder in 2 Serien: eine, bei der das ganze Serum in den ersten 48 Stunden der Behandlung verabreicht wurde, und eine zweite, bei der die Injection sich über eine längere Zeit erstreckte.

Von den Fällen mit schweren Kehlkopfsymptomen entgingen nahezu 50pCt. der Tracheotomie. Nur 2 von 75 Tracheotomien wurden später als 24 Stunden nach der ersten Injection ausgeführt. Die Mortalität der operirten Fälle belief sich auf 36 pCt., während eine Controlserie, die früheren Krankenhausberichten entnommen

ist, 71,6 pCt. Mortalität zeigt. Die Mortalität ist auch jetzt, wie in der Vorserumzeit, umgekehrt proportional dem Alter. Doch sind die Veränderungen, die der Gebrauch des Serums in der Mortalitätsziffer herbeigeführt hat, ganz deutlich, am deutlichsten bei Kindern unter 5 Jahren. Dieser Erfolg scheint hauptsächlich dadurch bedingt, dass bei den mit Serum behandelten Fällen weit weniger häufig die Membran sich in den Larynx und die Trachea hinunter ausdehnt.

Die Gesammtmortalität erreichte 19,5 pCt. gegen 29,6 pCt. der Controlserie. Weiter war die Dauer bei den letal endigenden Fällen grösser als bei den Fällen der Controlserie, ein Umstand, der für die Häufigkeit des Vorkommens von Lähmungen von Bedeutung sein kann.

Ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Lähmungen und der Menge des injicirten Serums erscheint ganz und gar ausgeschlossen; auch die Zeit, wann zuerst das Serum angewandt wurde, schien ohne Einfluss auf das Auftreten der Lähmung.

Ausschläge traten nach der Seruminjection bei fast einem Drittel der Fälle auf. Exantheme von erythematösem Charakter waren häufiger, als Urticariaformen. Der Ausschlag kam gewöhnlich zwischen dem 6. und 12. (besonders am 8.) Tage nach der ersten Injection zum Ausbruch; seine Dauer war verschieden und in der Hälfte der Fälle wurde etwas Fieber notirt. Mit dem Alter des Patienten und der Phase der Krankheit hatte der Ausschlag keine Beziehung; auch übte er auf den schliesslichen Ausgang des Falles keinen Einfluss.

Gelenkschmerzen, die in der Controlserie gar nicht verzeichnet sind, kamen in ein paar Fällen zur Beobachtung. Diese hatten nahezu auch alle Ausschlag und Fieber. In vereinzelten Fällen ist auch Fieber ohne Gelenkschmerzen und ohne Exanthem während der Reconvalescenz verzeichnet.

Der Tod durch Anurie ist in der Serumreihe und der Controlserie gleich häufig beobachtet.

Ausser dem Exanthem, Gelenkschmerz und Fieber sind Nebenwirkungen auch nach grossen Mengen Serums nicht zu constatiren gewesen.

ERNEST WAGGETT.

82) **J. E. Walsh. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 18. Juni 1898.*

Verf. berichtet über die Erfolge der Serumtherapie in Washington. Wir entnehmen seiner Arbeit folgende Zahlen:

1895—96:

Fälle mit Serum behandelt	174
Fälle mit anderen Methoden behandelt . . .	152
Es starben von den mit Serum behandelten . .	23
Es starben von den auf andere Weise behandelten	53
Mortalität bei Serumtherapie	13,2 pCt.
Mortalität ohne Serum	34,9 „
Mortalität bei Kindern unter 12 Jahren mit Serum	16,3 „
„ „ „ „ 12 „ ohne „	41,5 „

1896—97:

Mit Serum behandelt	285.	Todesfälle	21.	Mortalität	7,3 pCt.
Ohne „ „	335.	„	89.	„	26,6 „
Fälle unter 12 Jahren der 1. Abtheilung	235.			„	8,9 „
„ „ 12 „ „ 2. „	256.			„	33,2 „

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

c. Kehlkopf und Luftröhre.

83) **H. Eichler** (Cottbus). **Zur Frage: „Sind Drüsen im wahren Stimmbande enthalten?"** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. S. 462. 1898.*

E. giebt Abbildungen von einem kleinen Fibrocavernom, das er zugleich mit seiner Ursprungsstelle am Stimmbande entfernt hat. Auf den Schnitten sieht man deutlich eine acinöse Drüse, deren Ausführungsgang auf der Oberfläche des Stimmbandes nahe dem freien Rande mündet. E. nimmt an, dass die Mündung ursprünglich am freien Rande selbst lag und durch das Wachsthum des subglottisch sitzenden Knötchens ein wenig verdrängt ist.

F. KLEMPERER.

84) **J. Hirschberg. Anmerkung über die griechischen Bezeichnungen für Besichtigung und Spiegelung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. S. 454.*

85) **Derselbe. Zusatz zu vorstehender Anmerkung.** *Ebenda. Bd. 8. S. 199.*

86) **Kirstein. Erwiderung auf Prof. J. Hirschberg's neuste Mittheilung.**

87) **J. Hirschberg. Schlusswort.** *Ebenda. Bd. 8. S. 394.*

Hirschberg erklärt den Ausdruck Autoscopia laryngis für unverständlich. Wer ein Fremdwort nicht entbehren wolle, solle Ithyscopia (oder andernfalls Orthoscopia) laryngis sagen. Vorzuziehen seien die deutschen Ausdrücke: Kehlkopf-Spiegelung und Kehlkopf-Betrachtung.

Kirstein bleibt bei dem Ausdruck Autoscopie stehen; Hirschberg bringt weitere Belege dafür, dass Autoscopie nur das Selbst-Spähen, das Spähen in eigener Person (eventuell das Spähen an seiner eigenen Person, vielleicht auch das Spähen an sich, das vollendete Spähen) bezeichnen könne, aber niemals das gradlinige, directe Spähen ohne Spiegel.

F. KLEMPERER.

88) **W. Cowl. Ein neuer Maulsperrer nebst Kehldeckelhalter zur unmittelbaren Laryngoskopie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. S. 478. 1898.*

C. giebt die Abbildungen und Beschreibungen einer Reihe sehr zweckmässiger Instrumente für die Laryngoskopie beim Thiere (Maulsperrer, Kopfhalter, Operationsbrett, Zungenzange).

F. KLEMPERER.

89) **E. Winckler** (Bremen). **Ueber Massage des Kehlkopfes.** *Wiener medicin. Wochenschr. No. 14. 1898.*

Bezüglich der Massagewirkung kann W. bei atrophischen Schleimhauterkrankungen der obersten Luftwege über keine günstigen Resultate berichten, desgleichen nicht bei Paresen der Larynxmuskeln, welche durch fehlerhaften Ge-

brauch oder Ueberanstrengung der Stimme entstanden sind. Für „eher" indicirt hält W. die Massage bei hysterischen Lähmungen wegen des psychischen Effects. Bei den durch leichte Verdickungen der Larynxhinterwand bedingten Schwächezuständen der Larynxmuskulatur wandte W. die äussere Kehlkopfmassage mit dem von M. Schmidt und Spiess empfohlenen Concussor mit recht gutem Erfolge an.

CHIARI.

90) **A. Rundström** (Stockholm). **Zwei Fälle von Larynxstenose. (Tvaa fall af Larynxstenos.)** *Svenska Läkaresällskapets förhandlingar. 22. Febr. 1898.*

Nähere Details fehlen.

SCHMIEGELOW.

91) **H. B. Gardner. Stenosirende Kehlkopfaffectionen und ihr Verhalten bei der Chloroformnarkose. (Obstructive laryngeal affections and their influence upon chloroform anaesthesia.)** *Lancet. 11. Juni 1898.*

Wie Verf. durch seine Beobachtungen an 6 Fällen erweist, ist die allgemeine Anschauung, dass Fälle von chronischer Kehlkopfverstopfung Narcotica nicht gut vertragen, unrichtig. Die durch die Obstruction verursachte Asphyxie erhält den Blutdruck und steigert die Athemenergie und dies kommt der Narkose zu statten.

ADOLPH BRONNER.

92) **S. J. Meltzer** (New York). **Ueber den Verschluss der Glottis während des Schluckactes.** *Centralbl. f. Physiol. No. 14. 1898.*

Versuche an Kaninchen haben dem Verf. erwiesen, dass der Glottisschluss gleich zu Anfang des Schluckes, gleichzeitig mit der Contraction der Mm. mylohyoid. stattfindet. Man sieht die Stimmbänder sich zusammenschliessen; dann schmiegen sich beide Aryknorpel fest aneinander und bücken sich stark nach vorn und unten und verschliessen fast vollständig den Kehlkopfeingang. Diese Bewegungen rühren nur von den Contractionen der eigenen Muskeln des Larynx her, die ihrerseits veranlasst sind durch Impulse, welche sie vom Centralnervensystem erhalten haben.

A. ROSENBERG.

93) **A. C. van Bruggen** (Dordrecht). **Ueber die Ursachen des anfallsweise auftretenden Hustens bei Kindern. (Over de oorzaken van aanvalsgewijze optredenden hoest bij kinderen.)** *Ned. Tijdschr. voor Geneesk. II. p. 754. 1898.*

Verf. bespricht die verschiedenen Affectionen, welche zu intermittirendem Husten Anlass geben können, und zwar Pharyngitis chron., die verschiedenen Mandelhyperplasien, Rhinitis chron., Fremdkörper in den Luftwegen und im Ohr, Hyperplasie der Tracheal- und Bronchialdrüsen, Influenza. Er bespricht den nervösen Husten und führt aus, dass die Tussis nocturna periodica als abgesonderte Krankheit aus der Pathologie verschwinden soll. Ausführlich verbreitet er sich über die Diagnostik des Keuchhustens und über die Bedeutung localer Rachenaffectionen und deren localer Behandlung für die Dauer und die Heilung des Keuchhustens.

H. BURGER.

94) **Kayser. Ueber dysphonischen nervösen Husten.** *Mon. f. Ohrenh. No. 11. 1898.*

Dysphonischer Husten ist ein solcher, der in einer akustischen Erscheinung

in erheblicher und das Gehör beleidigender Weise von dem gewöhnlichen abweicht. Dysphonisch wird der Husten, wenn der Kehlkopf besondere zu Dysphonie führende Veränderungen aufweist, wie Alteration der Stimmbänder, ungenügenden Glottisschluss, Schwingungen der Taschenbänder. Sehr oft ist die functionelle Dysphonie eine Begleiterin des nervösen Hustens. In einem Falle von feuersignalartigem Husten und Reizbarkeit der Zungentonsille sah K. den Kehldeckel sich über den Kehlkopfeingang hinüberlegen und deutlich schwingen; behinderte er die Abwärtsbewegung der Epiglottis durch Fixation mit der Sonde, dann war der Husten euphonisch, oder normal.

SCHECH.

95) **V. Uchermann** (Christiania). **Ein Fall von exspiratorischem functionellem Stimmritzenkrampf (exspiratorischer und rhythmisch spastischer Dyspnoe).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. S. 149.*

42jährige hysterische Frau, erkrankt akut an Athemnoth und Stridor. „Die Stimmlippen erscheinen normal, werden bei der Inspiration nach aussen bis zur gewöhnlichen Seitenstellung und mit gewöhnlicher Schnelligkeit bewegt; bei der Exspiration dagegen werden sie stark adducirt, bis sie sich beim Schluss der Ausathmung beinahe berühren unter Hervorbringung eines stridulösen Lautes." „Sie ist vollkommen aphonisch (aber nicht beim Husten), nach eigener Auffassung, weil das Sprechen sie schmerzt."

Die exspiratorische Form des Stimmritzenkrampfes ist der nervöse Husten; dieser kommt auch continuirlich und rhythmisch vor. Dem letzteren stellt U. seinen Fall zur Seite: „Man kann sagen, es ist dieser Zustand (sc. continuirlicher rhythmischer nervöser Husten) ohne Husten."

In den längeren Ausführungen, die U. der obigen Krankengeschichte vorausschickt, stellt er die Gründe zusammen, die dafür sprechen, dass sowohl bei der Respiration wie bei der Intonation eine gleichzeitige Innervation der antagonistischen Muskelgruppen, der Stimmbandabductoren und -adductoren, vor sich geht. „An dem Reflextonus (besser Semitonus), worin die Abductoren des Kehlkopfes bei der normalen, ruhigen Respiration sich befinden, nehmen auch die Adductoren theil, aber in schärferem Grade." Die Medianstellung des Stimmbandes bei Posticuslähmung erklärt U. in folgenden Sätzen: „Mit der Lähmung der Abductoren hört die von ihrer Contraction bedingte Hemmung ihrer Antagonisten (der Adductoren) auf. Die perverse Innervation ist also nichts als der freigemachte Reflextonus, durch die aufgehobene Hemmung verstärkt. Für die Innervation des Kehlkopfes gilt nach U. dieselbe Grundregel, die für alle antagonistischen Muskelgruppen gilt: „Gleichzeitige Innervation, aber mit Unterschied in der Stärke, d. h. mit gegenseitiger Inhibition."

F. KLEMPERER.

96) **Ch. Leroux** (Paris). **Die Lähmungen beim Keuchhusten.** *Journal de chir. et de thérap. infantil. Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 13—18. 1898.*

Als die häufigsten bespricht Verf. zunächst die cerebralen, dann die medullären Paralysen, die peripheren und cerebrospinalen. Die Paralysen beim Keuchhusten sind seltene Complicationen.

CHIARI.

97) **C. E. Fiedeldy** (Haarlem). **Ein Recept gegen Keuchhusten. (Een recept tegen kinkhoest.)**

98) **W. Stoeder** (Amsterdam). **Marfan's Recept gegen Keuchhusten. (Marfan's recept tegen kinkhoest.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 4. 1898.*

F. sah einen Fall von Bromoform-Vergiftung bei einem zweijährigen Kinde, welche er der angewandten Arzneiform zuschreibt, und kritisirt in absprechender Weise die Marfan'sche Vorschrift:

Rp. Bromoform. 48 gutt.
Ol. amygd. dulc. 15 g
Misce, agita fortiter, deïn adde Gummi arab. 15 g
Aq. laurocer. 4 g
Aq. destill. q. s. ad 120 g.

S. vertheidigt diese Vorschrift mit pharmacologischen Gründen. Nur möchte er in derselben die Worte „misce, agita fortiter" durch „solve in" substituirt wissen.

H. BURGER.

99) **Weil** (Wien). **Chorea laryngis.** K. k. Gesellschaft der Aerzte, Sitzung vom 10. Juni 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1898.*

17 jährige Patientin. Seit 1 Jahre continuirlicher Husten. Die Diagnose zahlreicher Kliniken und Abtheilungen lautete auf Hysterie. W. fand die Ursache im Nasenrachenraum, nach zweimaliger Aetzung Heilung.

CHIARI.

100) **J. Middlemas Hunt** (Liverpool). **Kehlkopf-Schwindel. (Laryngeal vertigo.)** *The Liverpool Med. Chir. Journal. Juli 1898.*

Verf. berichtet über 2 Fälle; der eine betraf einen Mann von 48 Jahren, der zweite einen 52 jährigen. Nach einer Uebersicht über die bisher zur Erklärung dieser Anfälle aufgestellten Theorien classificirt Verf. die Fälle von Kehlkopfschwindel in folgender Weise: 1. Fälle im Anschluss an heftige Hustenparoxysmen mit mehr oder weniger vollständigem Glottiskrampf und starker cerebraler Congestion, wie dies manchmal bei Keuchhusten beobachtet wird. 2. Fälle von echter Epilepsie. 3. Fälle von eigentlichem Kehlkopfschwindel, besser gesagt von Ictus laryngis, bei denen auf eine Kehlkopfreizung mit wenig oder gar keinem Husten und ohne Glottiskrampf ein plötzlicher Schwindel und Bewusstlosigkeit folgt, die in ein paar Stunden vorübergeht.

A. LOGAN TURNER (P. Mc.BRIDE).

101) **V. Uchermann** (Christiania). **Acute Dyspnoe hervorgerufen durch Trendelenburg's Tamponcanüle.** *Fraenkel's Archiv für Laryngol. Bd. 8. S. 292. 1898.*

Bei einem wegen Larynxkrebs Operirten sah U., als er die nicht mehr ganz dichte Tamponcanüle von neuem stark aufblies, plötzlich stärkste inspiratorische Dyspnoe mit Cyanose auftreten. Beim Oeffnen des Hahnes der Canüle verschwand die Athemnoth sofort. Aehnliche Zufälle haben Semon und Kosinski bereits beschrieben. Semon erklärt die Dyspnoe als Reflexphänomen, bedingt durch die plötzliche Reizung der Nn. tracheales und vagi. Uchermann findet eine einfachere, rein mechanische Erklärung. Wenn er die Canüle in seiner geschlossenen

Hand stark aufblies, sah er, dass die Kautschukblase, die bei fortgesetztem Aufblasen nur nach oben und nach unten sich ausdehnen kann, bald unterhalb der Spitze der Canüle hervortrat und deren Lumen mehr oder weniger vollständig abschloss. Ereignet sich dies in der Trachea, so entsteht natürlich Dyspnoe und Asphyxie[1]). Man muss vor Einführung der Canüle feststellen, wie weit der Ballon zusammengedrückt werden darf; am besten ist, wenn der Ballon so klein ist, dass es überhaupt nicht zum Verschluss kommen kann.

F. KLEMPERER.

102) **J. E. Barnett. Ein Fall von spasmodischer Dyspnoe. (A case of spasmodic dyspnoea.)** *Lancet. 30. April 1898.*

Der Knabe hatte seit seiner Geburt Anfälle von „Aechzen mit vollständigem Blauwerden" gehabt. Als er $3^1/_2$ Monate alt war, wurden die Anfälle häufiger. Am 17. März Ausführung der Tracheotomie. Anfangs Besserung; nach 3 Wochen aber ein besonders schwerer Anfall, in dem das Kind starb. Die Thymusdrüse war vergrössert. B. führt die Symptome auf einen Kehlkopfkrampf und auf directen Druck der Thymus auf die Trachea zurück.

ADOLPH BRONNER.

103) **G. Avellis** (Frankfurt a. M.). **Was ist der sogen. typische inspiratorische Stridor der Säuglinge?** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 8. S. 326. 1898. Münch. med. Wochenschr. No. 30 u. 31. 1898.*

Verf. hat mehrere Neugeborene und Säuglinge zu untersuchen Gelegenheit gehabt, die an inspiratorischem Stridor litten. Die Haupterscheinungen dieser Krankheit sind: „Mehrmonatlicher, constanter, zeitweise gesteigerter, inspiratorischer Stridor mit starker Einziehung im Jugulum und den Flanken, ohne Cyanose, ohne Krämpfe und Rachitis, ohne Fieber, Husten, Heiserkeit, ohne sichtbare Erscheinungen am Kehlkopf und dabei gutes Gedeihen des Kindes."

Verf. wendet sich gegen die Erklärung dieses Zustandes als einer Coordinationsneurose und stellt 3 Fälle zusammen, in denen das Leiden sicher durch Trachealstenose infolge von Thymusdruck verursacht war; 2 von diesen Fällen wurden mit Erfolg operirt.

Für die Annahme einer Tracheostenosis thymica macht Verf. folgende Gründe geltend: 1. das Alter des Kindes, 2. die häufige Selbstheilung im zweiten Jahre nach mehrmonatlichem Bestehen, 3. das congenitale Vorkommen, 4. die Art der Heilung (bei starken Bewegungen des Kindes kommt der Stridor wieder zum Vorschein), 5. das zeitweise Aufhören des Stridors, wenn die Lage des Körpers geändert wird, 6. der negative Kehlkopfbefund, 7. der hohe Kehlkopfstand, 8. die Thatsache, dass der Lufteintritt in einen Bronchus stärker ist, als in den anderen, so dass die Einziehung und das Athmungsgeräusch auf der Brust deutlich ungleich ist.

---

1) Das soll nicht bestritten werden. In dem Bericht des Herausgebers des Centralblatts über seinen eigenen Fall (Monatsschrift für Ohrenheilkunde. No. 6. 1879) aber hiess es ausdrücklich: „Natürlich lag der Gedanke am nächsten, dass die Canüle sich irgendwie verstopft habe. Dass dies indessen nicht der Fall war, wurde durch die Einführung einer Gänsefeder bewiesen, welche ohne jeden Widerstand (!) durch die Canüle und die Trachea bis in einen Bronchus gelangte. Mittlerweile hielt die Dyspnoe an." F. S.

Als Ursache der Stenose kann ausser der Thymusvergrösserung event. noch Schwellung der Bronchialdrüsen in Frage kommen.

Als Therapie der Tracheostenosis thymica hat A. Thymus- und Milztabletten angewandt, täglich ½ Tablette. Ueber den Erfolg hat er noch kein sicheres Urtheil.

F. KLEMPERER.

104) **Stamm. Ueber congenitalen Larynxstridor.** *Münch. medicin. Wochenschr. No. 38. 1898.*

Derselbe unterscheidet sich von dem Laryngospasmus; auch ist dabei keine Rhachitis zu finden. St. denkt zwar an die Möglichkeit einer Thymusvergrösserung, glaubt aber doch, dass es sich um eine Neurose centraler Natur handle und kann sich der Ansicht Avellis' nicht anschliessen.

SCHECH.

105) **Tordeus. Ueber den Pseudocroup. (Du faux-croup.)** *La Clinique. No. 43. 1898.*

Vorstellend einen Fall von Pseudocroup, macht T. eine klinische Besprechung desselben. Bekanntes.

BAYER.

106) **Stimpson. Gegen spastischen Croup. (For spasmodic croup.)** *N. Y. Med. News. 18. März 1898.*

Verf. hat mit folgender Behandlung auch in schweren Fällen gute Erfolge erzielt. Das Kind erhält zuerst ein Brechmittel in warmem Wasser theelöffelweise. Es kommt dann in ein heisses Bad. Danach werden Aufschläge mit heissem Senfwasser auf Hals und Brust aufgelegt. Gegen den Kehlkopfkrampf erweist sich nützlich ein 2proc. Cocainspray. Nach Beseitigung der unmittelbaren Gefahr erhält das Kind bis zum Verschwinden der catarrhalischen Symptome

Rp. Syr. Scillae 11,25
Tct. Opii camphorat. 7,5
Tct. Tolutan.
Glycerin. ana 30,0
Aqu. destill. q. s. ad 90,0.

M. D. S. ½ Theelöffel voll 3 stdlch. am Tage und etwa 4 stdlch. in der Nacht.

LEFFERTS.

107) **Hugel. Zur Behandlung des Laryngospasmus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 44. 1898.*

H. glaubt, dass die hypertrophische oder entzündlich vergrösserte Uvula die Veranlassung zum Glottiskrampf sein könne und belegt dies mit 6 Krankengeschichten; Therapie: Verkleinerung der Uvula durch Amputation.

SCHECH.

108) **Noguès und Sirol. Ein Fall von Rachen- und Kehlkopf-Krampf mit Paraesthesie, Brechanfälle vortäuschend. (Un cas de spasme pharyngo-laryngé avec paresthésie simulant le vomissement.)** *Archives médicales de Toulouse. No. 11. 1. Juni 1898.*

37 jährige Frau, die bei dem geringsten Druck einen Gesichtsausdruck bekam, wie wenn sie Ekel hätte und brechen müsste. Dabei traten spastische Contractionen der Rachen- und Kehlkopfmuskeln ein, 3 oder 4 in der Secunde, und oft kam es zu Eructationen. Mit der Reizursache hörte sofort auch der Anfall auf.

Die Verff. glauben Hysterie ausschliessen zu können und nehmen eine gesteigerte Reizbarkeit des Reflexcentrums an.

E. J. MOURE.

109) **Vergniaud. Gegen Zwerchfell-Glottis-Krampf bei Säuglingen. (For phrenoglottic spasm in nursing infants.)** *N. Y. Med. News. 16. April 1898.*

Verf. lässt im Augenblick des Krampfes ein paar Tropfen Chloroform inhaliren und verschreibt dann

Rp. Tct. Moschi gtt. 20
Tct. Belladonnae gtt. 10
Aqu. Laurocerasi 7,5
Syr. Cort. aurantii 18,75
Aqu. lactucar. 90,0.
M. D. S. 2 mal tglch. 5—6 Theelöffel voll z. n.

LEFFERTS.

110) **V. Uchermann** (Christiania). **Ein Fall von alternirenden, rhythmischen und klonischen Krämpfen der Glottisschliesser und der Glottiserweiterer — in Verbindung mit tonischem Krampfe der Kaumuskeln (masseteres) und klonischem Krampfe des Gaumensegels, mitunter auch der Zunge und Unterarm. Casuistischer Beitrag zur Lehre der corticalen Kehlkopfcentren und der Innervation des Kehlkopfs.** *Fraenkel's Archiv. Bd. 7. S. 326. 1898. Norsk. Mag. f. Läg. No. 3. 1898.*

Die wesentlichsten Erscheinungen des von U. beobachteten Falles sind in der Ueberschrift genannt. Der Pat. starb, die Section wurde aber nicht gemacht. Als wahrscheinliche Ursache der Symptome diagnosticirt Verf. einen sich ganz im corticalen Gebiete abspielenden arteriosclerotischen Process (senile Encephalomalacie) mit kleinen Blutungen und successiver Lähmung der verschiedenen corticalen Centren. U. sieht in seinem Falle einen Beweis dafür, dass es auch beim Menschen ein corticales Centrum für die Glottiserweiterer giebt. Auf die Frage, ob es eine einseitige corticale Kehlkopflähmung giebt oder nicht, wirft U.'s Beobachtung kein Licht. Dagegen spricht der Fall für die allgemeine Anschauung, dass der Accessorius, nicht der Vagus der motorische Hauptnerv für den Kehlkopf sei.

F. KLEMPERER.

111) **E. Nielsen. Fall von tonischen Krämpfen der einen Gesichtshälfte, complicirt mit einem klonischen Krampf des Larynx bei einer Hysterischen. (Slutschai polowinnoi tonitscheskoi sudorogi litza, osloshnennoi klonusom gortani u isteritschnawo.)** *Wratsch. No. 32. 1898.*

Eine laryngologische Untersuchung fand nicht statt; im Uebrigen ist in der Ueberschrift alles enthalten.

P. HELLAT.

112) **A. Onodi** (Budapest). **Die respiratorischen und phonatorischen Nervenbündel des Kehlkopfes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryng. Bd. 7. S. 425. 1898.*

Verf. hat durch sorgfältige Präparation die respiratorischen und die phonatorischen Fasern im Recurrens zu trennen versucht. Beim Menschen, beim Rind und beim Hunde gelang ihm dies nur zum Theil. Dagegen glückte die Trennung der verschiedenen Nervenbündel vollständig beim Pferde. Verf. giebt die Abbildung eines Präparates vom Pferde, an welchem „die isolirten phonatorischen

und respiratorischen Bündel im Stamme des Recurrens am Hals, am oberen Theil der Brusthöhle durch die sympathischen Verbindungen in den Stamm des Vagus zu verfolgen" sind. Nach Verf.'s Ansicht ist von den von Russell gereizten Bündeln das eine ein Erweitererbündel, das zweite ein Verengererbündel, das dritte nicht reagirende entspricht dem Ramus trachealis n. laryng. sup. O. fasst das Resultat seiner Untersuchungen in folgenden Satz zusammen: „Semon hat behauptet, dass die respiratorischen und phonatorischen Nervenfasern von ihren Centren zum Kehlkopfe in den Nervenstämmen isolirt verlaufen; diese Behauptung wurde von Russell „experimentell bekräftigt und von uns anatomisch bewiesen".

F. KLEMPERER.

113) **Onodi. Zur Pathologie der Phonationscentren.** *Mon. f. Ohrenh. No. 1. 1898.*

Da bei den verschiedenen Ausschaltungsversuchen die Phonation erhalten bleibt, so muss wohl noch ein subcerebrales Phonationscentrum existiren, wofür auch die Experimente sprechen. Die klinischen Erfahrungen sind lückenhaft, da bei einem Theil nur der laryngologische Befund ohne Necroskopie besteht, bei anderen der letztere oder der erstere. Die Phonationscentren der Rinde hält O. für von untergeordneter Bedeutung, die Hauptsache ist das subcerebrale Centrum zwischen den hinteren Vierhügeln und dem Vagusgebiet, was auch erklärt, dass bei Zerstörung der Rindencentren dennoch die Phonation erhalten bleibt. Die Zahl der bisher beobachteten klinischen Fälle ist eine sehr geringe.

SCHECH.

114) **David Newman** (Glasgow). **Frühsymptome des Druckes auf Vagus und Recurrens. (Early symptoms of pressure upon the vagus and recurrent laryngeal nerves.)** *Glasgow Med. Journal. August 1898.*

Drei Symptome weisen sehr frühzeitig auf eine Unterbrechung in der Innervation des Kehlkopfs hin, nämlich: plötzliche und paroxysmale Dyspnoe, begleitet von Kehlkopfstridor; Husten; Störungen der Sprechstimme.

A. LOGAN TURNER (P. Mc.BRIDE).

115) **V. Uchermann** (Christiania). **Rechtsseitige Hemiplegie. Motorische Aphasie. Lähmung der Kehlkopfadductoren.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. S. 332. 1898.*

Der Fall, dessen Krankengeschichte U. mittheilt, ist am leichtesten so zu verstehen, dass eine einseitige resp. linksseitige Affection des Phonationscentrums doppelseitige Lähmung der Adductoren bewirkt. Die Affection in U.'s Fall ist zweifellos eine organische, die Krankheit beruht auf Lues. Eine Beweiskraft hat der Fall aber, wie der Verf. selbst angiebt, nicht, da der Patient noch lebt.

F. KLEMPERER.

116) **Dundas Grant. Zwei Fälle von Lähmung des linken Stimmbandes alkoholischen Ursprungs. (Deux cas de paralysie de la corde vocale gauche d'origine alcoolique.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 26. 3. Juli 1897.*

Die Diagnose wurde per exclusionem und namentlich auf Grund der Entwicklung des Leidens gestellt. Die alkoholischen Lähmungen sind gutartig und vorübergehend.

E. J. MOURE.

117) **Bruault. Syringomyelie mit schweren Kehlkopfstörungen. (Syringomyelie avec troubles laryngés graves.)** *Annal. des Malad. de l'oreille. No. 5. Mai 1898.*

Eine Frau, die an Syringomyelie litt und gleichzeitig die Erscheinungen der doppelseitigen Posticuslähmung bot. Verf. führt die letztere auf die Erkrankung des Centralnervensystems zurück.

E. J. MOURE.

118) **J. Herzfeld. Ein Fall von completer doppelseitiger Recurrenslähmung mit Sectionsprotokoll und mikroskopischer Untersuchung der Nerven und Muskeln.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. S. 513. 1898.*

Die doppelseitige Recurrenslähmung war durch ein Oesophaguscarcinom verursacht. Die Glottis zeigte bei der Phonation (nur unter grosser Anstrengung war Flüsterstimme möglich) wie bei der Respiration dasselbe Aussehen und nicht die geringste Bewegung. Der Abstand der Aryknorpel von einander betrug $1^1/_2$ mm, der zwischen den Stimmbändern an der concavsten Stelle mindestens $2^1/_2$ mm (also keine Medianstellung!).

Aus dem Resultat der Muskel- und Nervenuntersuchung ist hervorzuheben, dass die Postici das Bild einer leichten trüben Schwellung mit Anfängen von körnigem Zerfall zeigten, die Cricothyreoidei aber, wie ihre Nerven, vollständig normal waren.

F. KLEMPERER.

119) **Lermoyez. Gutartige unheilbare Recurrenslähmung nach Masern. (Paralysie récurrentielle incurable bénigne consécutive à la rougeole.)** *Annales des malad. de l'oreille, du larynx etc. No. 4. April 1898.*

Es handelt sich um eine 30jährige Kranke, die seit 27 Jahren aphonisch ist. Die Aphonie trat damals im Anschluss an Masern ein. Der Vater der Kranken war tuberculös, sie selbst zeigt noch zweifellose Erscheinungen von tracheo-bronchialer Drüsenschwellung. Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt eine Lähmung des in Cadaverstellung stehenden linken Stimmbandes und eine Subluxation des rechten Aryknorpels während der Phonationsanstrengungen.

Verf. fand in der Literatur nur 3 Fälle von unheilbarer Recurrenslähmung nach Masern.

E. J. MOURE.

120) **Sir Felix Semon. Klinische Vorlesung über die Diagnose und Bedeutung der Abductorenlähmung im Kehlkopf. (Clinical lecture on the diagnosis and significance of laryngeal abductor paralysis.)** *Brit. Med. Journal. 1. Januar 1898.*

Verf. bespricht die verschiedenen Anschauungen über den letzten Ursprung des Recurrensnerven. Er erwähnt die Arbeiten von Risien Russell, der den Nerven in 3 verschiedene Faserbündel zu trennen vermochte, von denen eines der Abduction vorsteht, das andere die Stimmbandadductoren versorgt und das dritte Bündel bei seiner Reizung keinen motorischen Effect im Kehlkopf auslöst. Die abducirenden Fasern sind an der inneren Seite des Recurrens gelegen.

Semon erinnert daran, dass bei $^4/_5$ der Fälle die Stimmbänder während ruhiger Athmung keine Excursionen machen. Dabei steht aber die Glottis um

vieles weiter offen, als nach dem Tod, wo die Stimmbänder in der sogen. Cadaverstellung stehen. Seine Erklärung findet dieses Verhalten darin, dass die Abductoren mit einem besonderen Reflextonus ausgestattet sind, der die Glottis während des Lebens weit offen hält. Dieser Tonus wird von centripetalen Fasern unterhalten, die hauptsächlich im Vagus enthalten sind und die von medullären Centren aus regulirt werden.

Ist der Recurrens vollständig durchschnitten, so steht das Stimmband in klinischer Cadaverstellung. 1880 wies Semon auf die Thatsache hin, dass bei organischen progressiven Erkrankungen der motorischen Kehlkopfnerven die abducirenden Fasern stets zuerst afficirt werden. Die Untersuchung der Kehlkopfmuskeln nach dem Tode bestätigte diese Beobachtung. Ausschliesslich oder doch am meisten findet sich der M. posticus atrophirt. Neuerdings sind wieder beweisende Untersuchungen nach dieser Richtung von Friedrich angestellt; Semon giebt Abbildungen von Präparaten dieses Autors.

Wie die Abductoren zuerst erliegen, gewinnen auf der anderen Seite im Falle der Heilung die Adductoren zuerst ihre Leistungsfähigkeit zurück. Experimentell erwiesen ist, dass am herausgeschnittenen Kehlkopf des Thieres der M. posticus seine elektrische Reizbarkeit vor den Adductoren verliert. Dasselbe gilt auch intra vitam von den abducirenden Fasern im Recurrensnerven. Setzt man den Nervenstamm zunehmender Abkühlung aus, so wird der Erweiterer früher gelähmt, als die Adductoren. Grabower giebt an, dass die Nervenendigungen in den Adductoren complicirter gebaut sind, als die in den Abductoren. (Semon giebt Grabower's Abbildungen wieder.) Hooper's Experimente weisen auf biochemische Differenzen zwischen den beiden antagonistischen Apparaten des Kehlkopfes hin. Hooper reizte den durchschnittenen oder intacten Recurrens mit elektrischen Strömen von gleicher Stärke und fand im Larynx, wenn er nur leicht mit Aether narkotisirte, das Stimmband adducirt, dagegen bei tiefer Narkose abducirt.

Die klinische Beobachtung zeigt in der ersten Phase der Abductorenlähmung allmälige Abnahme der Auswärtsbewegung des Stimmbands; später aber steht es unbeweglich in der Mittellinie, in der es durch die paralytische Contractur der Adductoren festgehalten wird.

Semon zählt die verschiedenen centralen und peripheren Erkrankungsprocesse auf, die den Recurrens in Mitleidenschaft ziehen können. Die einseitige Abductorenlähmung ist klinisch von Bedeutung und Interesse, weil sie in manchen Fällen das erste Zeichen einer intrathoracischen oder cerebralen Erkrankung ist, oft genug völlig symptomlos verläuft, und dem Arzte gleichsam als Alarmzeichen dient. Verf. giebt am Schluss eine Reihe interessanter Krankengeschichten.

ADOLPH BRONNER.

121) **M. Grossmann. Experimentelle Untersuchungen über die functionelle Ausschaltung einzelner Muskeln beziehungsweise Muskelgruppen des Kehlkopfes.** Aus dem physiol. Institut in Wien. — *Pflüger's Archiv. LXXIII. 1898.*

Nach querer Durchschneidung der Trachea bei Katzen und Hunden klappte G. bei seinen neuerlichen Experimenten das obere Ende (Kehlkopf und oberen

Trachealstumpf) nach oben um, so dass er relativ leicht an den M. posticus gelangen konnte; er trug denselben ab oder durchschnitt den Abductorast oder führte sicherheitshalber beide Eingriffe zusammen aus.

Auch nach der totalen Entfernung der Stimmritzenerweiterer bewegten sich die Stimmbänder bei jeder Einathmung nach aussen (bedauerlicherweise hat G. keine genauen Messungen gemacht, wenigstens keine Maasse angegeben. Ref.); bei einer isolirten Lähmung der Postici hören die Lateralbewegungen der Stimmbänder in der Phase der Inspiration keineswegs auf, sondern werden, wenn auch etwas eingeschränkt, so doch ganz bestimmt und ausnahmslos fortgesetzt. Auf diese Auswärtsbewegungen hat aber der M. cricothyr. keinen Einfluss, da sie nach Durchschneidung des N. lar. sup. zunehmen; ebensowenig haben die äusseren Kehlkopfmuskeln und gewisse Pharynxconstrictoren auf sie einen Einfluss, da auch nach ihrer Durchschneidung die inspiratorischen Aussenbewegungen fortbestehen. Es bleiben demnach nur die anderen vom N. recurrens versorgten Muskeln übrig; diese können aber, da sie Adductoren sind, nur zur Erweiterung der Stimmritze beitragen, wenn sie ihre Function einstellen. Es werden also wohl bei der Athmungsinnervation im Stadium der Inspiration zum Kehlkopfe Impulse abgegeben, welche nicht allein den Muskeltonus der Abductoren erhöhen, sondern gleichzeitig auch den der Adductoren herabsetzen.

Durchschneidung des Adductorenastes des einen Recurrens erzielte eine geringere Adduction des hinteren Abschnittes des entsprechenden Stimmbandes; nach Durchschneidung beider Adductorenäste trat zwar eine Annäherung, aber kein Schluss der Stimmbänder ein. Nach Durchschneidung beider Posticusäste und beider Nn. lar. sup. ist der Glottisschluss vollständig, nur im hintersten Theile bleibt ein dreieckiger Spalt; bei Inspiration ausgiebiges (? Ref.) Oeffnen der Stimmritze.

Nach Durchschneidung des Adductorenastes und des motorischen Astes des N. lar. sup. derselben Seite steht das entsprechende Stimmband anfänglich still; bei der Phonation bleibt eine weite, von einem winklig verlaufenden Stimmbande begrenzte Spalte.

Wird auf einer Seite der Abductor ausgeschaltet, auf der anderen der N. recurrens durchschnitten, so macht das Stimmband der ersten Seite ausgiebige inspiratorische Aussenbewegungen, während auf der anderen das Stimmband unbeweglich in Adductionsstellung steht.

Die bei diesen Versuchen beobachteten zitternden Bewegungen der Stimmbänder sind der Ausdruck einer Störung im Gleichgewicht des durch die functionelle Wechselwirkung beeinflussten Tonus der einzelnen Muskeln.

Die aus den Experimenten gezogenen Schlussfolgerungen für die Klinik und Diagnostik sind verblüffend.

A. ROSENBERG

122) **A. Kuttner** u. **J. Katzenstein. Zur Frage der Posticuslähmung.** I. Theil. *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. S. 181. 1898.*

Die Verff. haben die Grossmann'schen Resultate nachgeprüft. Sie berichten über 10 Versuche an Hunden, deren Glottis nach Durchschneidung der Recurrentes eine mehr oder weniger starke Einengung erfuhr, ohne dass jedoch

jemals eine Medianstellung der Stimmbänder erfolgte. Nachdem sie die verschiedenen Behauptungen Grossmann's besprochen und widerlegt haben, kommen die Verff. zu dem Schlusse, „dass die Grossmann'schen Argumente zum Beweise seiner Hypothese nicht ausreichen, denn

1. das Kehlkopfbild, das nach seiner eigenen Schilderung der reinen uncomplicirten Posticuslähmung entsprechen soll, das Kehlkopfbild, von dem er behauptet, dass es nie gesehen worden ist, ist thatsächlich zu wiederholten Malen beobachtet und beschrieben worden;

2. die Thierversuche Grossmann's decken sich weder laryngoskopisch noch klinisch mit denjenigen Befunden beim Menschen, die er durch sie veranschaulichen will;

3. die pathologisch-anatomischen Befunde, die von mehreren, von einander unabhängigen Autoren erhoben worden sind, lassen sich mit der Grossmannschen Lehre nicht in Einklang bringen."

F. KLEMPERER.

123) **F. Klemperer. Ueber die Stellung der Stimmlippen nach Recurrens- und Posticusdurchschneidung.** *Fraenkel's Arch. f. Laryng. Bd. 7. H. 3. S. 493.*

K. berichtet über eine Reihe von Versuchen, die er zur Prüfung der Grossmann'schen Behauptung, dass das Stimmband nach Recurrensdurchschneidung in Mittelstellung tritt, angestellt hat. Er bestätigt durch seine Resultate die bisherige Anschauung, dass die Glottis nach Ausfall der Recurrentes wohl etwas enger wird, als sie vorher bei ruhiger Athmung war, weil der Tonus der Abductoren ausfällt; dass die Stellung des Stimmbandes aber bezüglich der Glottisweite, d. h. der Distanz des Stimmbandes von der Mittellinie, ganz dem cadaverösen Bilde entspricht und von einer Medianstellung nie die Rede ist. Tritt die Verengerung der Glottis bei doppelseitiger Recurrensdurchschneidung plötzlich ein, so kann, wenn es sich um enge Kehlköpfe junger Thiere handelt, wohl stärkere Dyspnoe die Folge sein und diese steigert dann die Stenose, indem der entstehende negative Druck in der Trachea die Stimmbänder aneinandersaugt. Das reine Resultat der Recurrensdurchschneidung (Cadaverstellung) bekommt man daher nur bei den weiten Kehlköpfen alter und grosser Thiere oder nach Ausschaltung der Dyspnoe durch die Tracheotomie zu Gesicht.

Nach Durchschneidung des Posticus wird das Stimmband nicht mehr abducirt. Durch rhythmische Contractionen der Adductoren und Spanner bewegt es sich um ein sehr geringes Stück (1—2 mm) von der Mittellinie ab („bis zur Schwelle der Abduction") und nach dieser zurück. Der Abductionsbewegung des anderen gesunden Stimmbandes aber ist diese Bewegung, bei der namentlich der Aryknorpel nicht nach aussen geführt wird, gar nicht zu vergleichen. Bei dem nicht narkotisirten erregten Thiere fallen auch diese Bewegungen zeitweise fort und das Stimmband bleibt für eine Weile in Mittellinie fixirt.

Autoreferat.

124) **Max Steinlechner** (Wien). **Ueber das histologische Verhalten der Kehlkopfmuskeln in Bezug auf das Semon'sche Gesetz.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. S. 177.*

Verf. untersucht die Trockenpräparate der verschiedenen Kehlkopfmuskeln

und findet bezüglich der Vertheilung der hellen und trüben Fasern keinerlei Unterschiede. Er schliesst daraus, dass die Adductoren der Stimmbänder und der M. posticus nicht Antagonisten sind in dem Sinne der Beuger und Strecker. „Selbstverständlich können unsere Ergebnisse nicht gegen das Semon'sche Gesetz zu Felde geführt werden.

Sie können nur als Beweis dafür angesehen werden, dass die Beziehungen der Kehlkopfmuskeln unter einander viel innigere sind, als man oft zu glauben scheint." F. KLEMPERER.

f. Schilddrüse.

125) **R. H. Cunningham. Die Schilddrüse. (The thyroid.)** *N. Y. Med. Record. 4. Juni 1898.*

C. giebt einen Auszug aus seinem Aufsatz über den „experimentellen Thyroidismus" (Journal of Experiment. Medicine. III. 1898. p. 147); er gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Absolut frische Schilddrüse ist nicht giftig im gewöhnlichen Sinne des Wortes bei Resorption vom Ernährungstractus aus.

2. Die Symptome des sog. Thyroidismus sind Vergiftungserscheinungen, welche Folge der Aufnahme von zersetztem Schilddrüsenmaterial sind.

3. Der sog. experimentelle Thyroidismus ist durchaus nicht specifisch für die Schilddrüse allein, denn die Einführung vieler anderen von thierischen Geweben stammenden Substanzen kann ein in jeder Hinsicht ähnliches Vergiftungsbild herbeiführen.

4. Die meisten, wenn nicht alle thierischen Gewebe enthalten Substanzen, die in grossen Quantitäten direct ins Blut oder unter die Haut gespritzt, beim Thiere eine Vergiftung erzeugen, die der Intoxication durch Injection der von frischem Schilddrüsengewebe stammenden Substanzen sehr ähnlich ist.

5. Die Wirkungen der intravasculären oder subcutanen Injectionen von wässrigen Extracten, Decocten und concentrirten Extracten von Schilddrüse, Thymus, Muskelsubstanz u. a. lassen durchaus nicht immer die Function und Wirkungsweise der hypothetischen internen Secretionen, die diesen Geweben im Leben zukommen soll, erkennen.

6. Die Thatsache, dass die Einführung zersetzter Schilddrüsensubstanz unter gewissen Umständen eine Intoxication herbeiführt, deren Symptome mit denen der Basedow'schen Krankheit sich berühren, berechtigt noch nicht zur Aufstellung der Theorie, dass die Symptome der Basedow'schen Krankheit Folge einer Ueberproduction von Schilddrüsensecreten sind.

7. Unsere Versuche führen uns mit Drechsel zu dem Schluss, dass die frische Schilddrüse wahrscheinlich zwei Substanzen enthält, die im Stande sind, die Symptome der acuten Cachexie bei total entkropften Hunden zu heilen.

8. Auch die Thymus enthält eine und wahrscheinlich zwei Substanzen, die in derselben Weise, wie die Schilddrüsenextracte, die acute Cachexie der schilddrüsenlosen Hunde heilen.

9. Keine dieser Substanzen ist ein Enzym; keine enthält Jod.

10. Weder die Verfütterung roher Schilddrüse, noch die Injection wässriger Extracte oder Decocte der Schilddrüse oder concentrirter Lösungen der erwähnten heilenden Substanzen ist im Stande total entkropfte junge Hunde länger als ein paar Wochen (möglicherweise drei Wochen) am Leben zu erhalten. Noch weniger sind hierzu die Präparate im Stande, welche Zersetzungsproducte der Schilddrüse enthalten.

11. Für das gelegentliche längere Ueberleben thyroidectomirter und mit Schilddrüsen gefütterter junger Hunde ist die Gegenwart einer oder gewöhnlich mehrerer kleiner Nebenschilddrüsen verantwortlich zu machen, welche allmälig hypertrophiren und die Function der herausgenommenen Thyroidea ganz oder theilweise übernehmen.

12. Junge Hunde verfallen nach der totalen Thyroidectomie so schnell der Cachexie und die Intervalle zwischen der Operation und dem Eintritt der schweren dyspnoischen Attacken und des Todes differiren so wenig, welche Art der Ernährung bei den verschiedenen Thieren auch stattgefunden hat, dass man keiner Art von Nahrung mit einiger Sicherheit einen Einfluss auf den Ausbruch der Cachexie zuschreiben kann. Animalische Nahrung, in der sich Stoffe entwickelt haben, die für Meerschweinchen giftig sind, beschleunigen den Eintritt schwerer Symptome wahrscheinlich ein wenig. Der gerühmte erhebliche Einfluss der Milchdiät, wie ihn Breisacher beobachtete, findet bei den total entkropften Hunden nicht statt.

13. Affen, deren Stoffwechsel durch Entfernung eines grösseren Theiles der Schilddrüse eine Störung erfährt, werden für die eben erwähnten Giftstoffe im Fleische augenscheinlich empfänglicher und mancherlei klinische Erfahrungen sprechen dafür, dass eine ähnliche Empfänglichkeit für diese giftigen Producte des Fleisches auch beim Menschen besteht, wenn seine Schilddrüsenfunction in einem gewissen Grade gestört ist.

14. Was schliesslich die Bedeutung der Thyroidea für die Pathologie der Basedow'schen Krankheit anlangt, so stimmt Verf. darin mit Gley überein, dass die meisten Symptome dieser Krankheit vom experimentellen Standpunkt aus ebenso plausibel durch die Hypothese eines Ausfalls der Thyroidfunction, wie durch die einer Steigerung derselben erklärt werden können.

LEFFERTS.

126) **Blum. Die Schilddrüse als entgiftendes Organ.** *Münch. med. Wochenschr. No. 39. 1898.*

Der Jodgehalt der Schilddrüse hat eine bestimmte Function, die Drüse bedient sich des Jods, eines mächtigen Antitoxicums, auch anderen Giften gegenüber zur Entgiftung; wahrscheinlich ist das Jod nicht das einzige Entgiftungsmittel der Drüse.

SCHECH.

127) **A. Hallipré. Congestion der Schilddrüse bei jungen Leuten. (Thyroid congestion in young men.)** *N. Y. Med. Record. 30. April 1898.*

Schilddrüsencongestion kommt nach H.'s Ausführungen bei Knaben im Pubertätsalter vor. Die Volumenszunahme der Schilddrüse ist bisweilen so stark,

dass theils durch directe Compression, theils durch Reizung der Recurrensnerven Kehlkopfkrämpfe, Heiserkeit und Athemnoth zu Stande kommen. Die Jodbehandlung ist werthvoll neben der Darreichung von Schafsschilddrüse oder Thyroidpräparaten.

LEFFERTS.

128) **Barclay. Abscess der Schilddrüse. (Abscess of the thyroid gland.)** *N. Y. Med. News. 28. Mai 1898.*

Der Patient war ein Mann von 37 Jahren. Der Abscess der Schilddrüse war, wie dies meist der Fall ist, ein secundärer. Wirklich primäre Strumitis ist hervorragend selten. In der Mehrzahl der Fälle, so in den von Bowlby, Havel, Erichsen und Thornton mitgetheilten, folgt der Abscess auf eine Infectionskrankheit, wie Typhus, Puerperalfieber, Pyämie oder Pneumonie. Interessant an dem Falle ist, dass wahrscheinlich durch einen Durchbruch des Abscesses, bei dem der Eiter in das Drüsengewebe eindringen konnte, der Umfang der Thyroidea im Verlaufe von $^1/_2$ Stunde eine plötzliche erhebliche Zunahme erfuhr.

LEFFERTS.

129) **Küttner. Syphilitischer Kropf. (Syphilitic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 14. Mai 1898.*

Verf. berichtet über 2 Fälle, in denen ein maligner Tumor der Schilddrüse diagnosticirt und deshalb die Operation gemacht worden war. Der erste Fall betrifft eine 39jährige Frau, die kurz, bevor die Schwellung anfing, ein todtes Kind geboren hatte. Der Tumor nahm rapide zu und wurde als maligne angesehen. Er wurde exstirpirt und mikroskopisch untersucht; es fanden sich käsige Herde umgeben von Rundzellen, Epithelioidzellen und Riesenzellen. Die Diagnose schwankte nun noch zwischen Tuberkulose und Syphilis. Da Tuberkelbacillen nicht zu finden waren, wurde Syphilis diagnosticirt. 6 Monate später traten typische tertiäre Symptome auf, die durch specifische Behandlung geheilt wurden.

Der zweite Fall betrifft einen 27jährigen Mann, der vor ein paar Jahren sich inficirt hatte. Derselbe bekam eine schnell wachsende rechtsseitige Schilddrüsenschwellung. Die Diagnose wurde auf Krebs gestellt. Die Operation gestaltete sich schwierig und konnte nicht vollständig durchgeführt werden. Der Tumor wuchs in sehr kurzer Zeit wieder. Unterdess hatte der Verf. aus der mikroskopischen Untersuchung, bei der er ausser den obengenannten Bestandtheilen noch eine deutliche Verdickung der Gefässwände constatirte, die Diagnose auf Syphilis gestellt. Unter Jodkali und Quecksilber verschwand denn auch der Tumor und der Kranke wurde vollständig geheilt.

LEFFERTS.

130) **Comte. Exothyropexie. (Exothyropexie.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 27. April 1898.*

Der Kranke, der seit etwas über 1 Jahr an einem beständig zunehmenden Kropf gelitten hat und seit 4 Monaten schwere Symptome von Dyspnoe, Stridor und Rauhigkeit der Stimme zeigte, ist von Jaboulay operirt worden. Die Operation fand am 9. April statt. Der Kropf ist solid, umfangreich, beiderseitig, in Contact mit der Trachea, die er in einer Ausdehnung von mehreren Centimetern zur Säbelscheidenform abgeplattet hat. Jaboulay machte die Exothyropexie. Er

zog den Tumor nach vorn, wobei die vordere Wand der Trachea mitgezogen wurde und die Dyspnoe unmittelbar eine solche Erleichterung erfuhr, dass der Kranke beim Erwachen aus der Narkose sich sofort besser fühlte und keinen Stridor mehr hatte.

Durch die Exothyropexie wurden in diesem Falle zwei schwerere Eingriffe vermieden, nämlich 1. die Tracheotomie, die bei Kropf stets schwierig und öfters tödtlich ist und 2. die Thyroidectomie oder mindestens die intraglanduläre Enucleation des Kropfes.

PAUL RAUGÉ.

131) **Thomas Jonnesco** (Bucarest). **Definitive Resultate der Resection des Halssympathicus bei Epilepsie, Basedow'scher Krankheit und bei Glaucom. (La résection du sympathique cervical dans le traitement de l'epilepsie le goitre exophthalmique et le glaucôme. Resultats definitifs.)** *Académie de Médecine. 19. April 1898.*

a) Epilepsie. Verf. hat die Operation bei 35 Epileptikern ausgeführt. 15 von diesen Kranken beobachtet er seit 9—18 Monaten.

Von diesen 15 sind 9 geheilt, 4 gebessert, 2 stationär geblieben. Bei den 9 erstgenannten beträgt die Dauer der Heilung bisher 5mal $1\frac{1}{2}$ Jahre, 1mal 11 Monate und 3mal 9 Monate bis 1 Jahr.

b) Basedow'sche Krankheit. J.'s Beobachtungen erstrecken sich auf 5 operirte Fälle. 2 Operationen liegen 20 Monate zurück, je eine 10, 4 und 3 Monate. Das Resultat ist in allen 5 Fällen ein ausgezeichnetes. Alle Symptome, der Kropf, der Exophthalmus, die Tachycardie und die Nebensymptome, sind geschwunden.

c) Glaucom. In 7 Fällen von chronischem Glaucom, von denen 3 vorher ohne Erfolg iridectomisirt waren und das Gesicht fast vollkommen verloren hatten, ergab die Resection des oberen Halsganglions vorzügliche Resultate. Die Sehschärfe kehrte wieder und der Tonus des Auges wurde wieder normal.

Für Epilepsie und Basedow ist, wie Verf. wiederholt betont, die partielle Operation (einfache Durchschneidung oder beschränkte Resection) durchaus unzureichend; nur die totale Resection des Sympathicus, die Zerstörung aller seiner Fasern, erzielt Erfolge, wie er sie sah.

J.'s Resultate machen seiner operativen Geschicklichkeit alle Ehre. Sie bedünken mich fast zu schön, so schön, dass wohl sehr wenige Chirurgen eine ebenso wunderbare Statistik werden aufweisen können.

PAUL RAUGÉ.

132) **G. Reinbach. Ueber accessorische retroviscerale Strumen, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Colloidbildung in Kröpfen.** Aus der Breslauer chir. Klinik. — *Beitr. z. klin. Chirurg. XXI. 1898.*

R. beschreibt drei hierher gehörige Fälle aus der Miculicz'schen Klinik. Der Sitz des Tumors war medianwärts vom Larynx und der Trachea begrenzt und erstreckte sich lateralwärts bis zum hinteren Rand des Kopfnickers oder über ihn hinaus. Der Muskel zieht über die Geschwulst hinweg und wird durch sie emporgehoben und etwas nach aussen und hinten gedrängt. Die Oberfläche des Tumors ist unregelmässig höckerig und erweist sich palpatorisch aus mehreren Knollen zusammengesetzt.

In zwei Fällen war die Tonsillargegend nach innen vorgetrieben.

Ein Zusammenhang der Geschwulst mit der Schilddrüse lässt sich weder klinisch noch autoptisch bei der Operation nachweisen.

Subjectiv wird einmal über Schlingbeschwerden und Spannungsgefühl bei Seitwärtsbewegungen des Kopfes geklagt.

Charakteristisch für die Gesammtgeschwulst ist das Bestreben, durch Vordringen nach der Tiefe und gegen die Mittellinie hin den retroviscerałen Raum mehr und mehr auszufüllen und dadurch die Halseingeweide von der Wirbelsäule abzudrängen.

Es fanden sich in den Tumoren kirsch- bis gänseeigrosse Knoten; charakteristisch ist die blauschwarze, stellenweise schiefergraue Färbung der Geschwülste.

Es handelte sich um Kropfbildung in accessorischen angeborenen Nebenschilddrüsen.

Die histologische Untersuchung brachte Verf. zu dem Schluss, dass es sich bei der Colloidbildung in Colloidkröpfen im Wesentlichen um einen degenerativen Vorgang handelt, der u. a. durch Zerfall und vollständigen Untergang der Follikelzellen, sowie durch die allmälige Umwandlung der Zerfallsmassen in homogenes Colloid charakterisirt ist.

A. ROSENBERG.

g. Oesophagus.

133) **W. A. Boekelman** und **N. J. van Dam** (Utrecht). **Ein Fall von diffuser Dilatation des Oesophagus. (Een geval van diffuse dilatatie van den oesophagus.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 17. 1898.*

Ausführliche Krankengeschichte einer diffusen Dilatation der Speiseröhre in Folge von Krampf der Cardia bei einem 21 jährigen Schuhmacher.

H. BURGER.

134) **Mayo Robson. Zwei Fälle von 5 resp. 6 Monate in der Speiseröhre eingekeilten Halfpenny-Stücken, durch X-Strahlen localisirt und entfernt. (Two cases of halfpennies impacted in the oesophagus for 5 and 6 months respectively revealed by X rays and removed.)** *Lancet. 16. Juli 1898.*

Die Kinder waren 4 und 5 Jahre alt; die Münzen wurden mit dem Münzenfänger entfernt.

ADOLPH BRONNER.

135) **Abramow. Fall von äusserer Oesophagotomie. (Slutschai narushnawo setschenija pischtschewoda.)** *Letopis r. chir. 5. 1898.*

Es wurde ein flaches Knorpelstück aus dem Oesophagus entfernt. Der Kranke genas.

P. HELLAT.

136) **Kanzel** und **Okladnich. Von der Entfernung der Fremdkörper vermittelst der äusseren Oesophagotomie. (Ob udalenii inorodnich tel narushnim setscheniem pischtschewoda.)**

1. Fall. Verschlucken von 3 künstlichen Zähnen. Operation nach 2 Tagen. Am 7. Tage starke Nachblutung aus dem Munde. Transfusion, Heilung.

2. Fall. Eine Fischgräte eingekeilt in der Tiefe von $26^1/_2$ cm. Heilung.

Der Mittheilung ist eine Tabelle über die Oesophagotomien seit 1891 beigefügt.

P. HELLAT.

137) **W. Permewan** (Liverpool). **Geschwulst des Oesophagus. (Tumour of oesophagus.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Juli 1898.*

Verf. exstirpirte ein von der hinteren Wand der Speiseröhre ausgehendes, unmittelbar hinter dem Larynx sitzendes und die Fossa hyoidea ausfüllendes Fibromyxom durch die Pharyngotomia subhyoidea. Die Pat., eine 46jähr. Frau, starb am 11. Tage unter pneumonischen Symptomen.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE.)

138) **Sano. Ein Fall von Epithelioma des oberen Viertels des Oesophagus. (Un cas d'épithélioma du quart supérieur de l'oesophage.)** *Journ. Méd. de Bruxelles. No. 16. 1898.*

44jähriger Mann mit Oesophaguscarcinom und multiplen Metastasen und krebsig ergriffenen Drüsen; ausserdem deutlich ausgesprochene Zeichen von Tuberkulose der Lungen; klinische Besprechung von Dr. Destrée; die Obduction bestätigt die Diagnose.

BAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 12. Januar 1898.

Vorsitzender: H. T. Butlin.

H. T. Butlin: Zwei Fälle von Oesophagusdivertikel.

Demonstration der durch Operation gewonnenen Präparate. Ueber die Krankengeschichten der beiden Fälle siehe in dem Verhandlungsbericht der Medico-Chirurgical Society. LXXVI. p. 269 und Brit. Med. Journ. 1898. p. 8 Näheres.

Creswell Baber: Nasale Hydrorrhoe mit Analyse des Secretes.

Die Krankengeschichte der 42jährigen Frau ist folgende: Vor 5 Jahren nach einer Influenza sehr starker wässriger Ausfluss aus der Nase. Entfernung eines Polypen. Der Ausfluss hört auf. Vor 14 Monaten neuer Influenzaanfall; der Ausfluss tritt wieder ein. Entfernung eines Polypen und Application des Galvanokauters. Redner sah die Patientin vor 7 Monaten; aus der rechten Nase entleerte

sich beständig ein nicht riechender wässriger Ausfluss. Die rechte Nasenseite war durch eine Verbiegung des Septums und durch katarrhalische Schwellung der Schleimhaut stark verengt. Sonst fand sich in der Nase oder den Nebenhöhlen nichts Krankhaftes. In 5 Minuten tropften fast 5 ccm Secret aus der Nase. Die Pat. wurde mit dem constanten Strom, der zweimal täglich äusserlich applicirt wurde, behandelt. Die Menge des Secretes nahm in einer Woche ab. Ausserdem wurde ein Spray von Menthol in Parolein angewendet. Nach 10 Wochen war der Ausfluss gänzlich verschwunden. Nach der chemischen Untersuchung stellte das Nasensecret einfach eine Normal-Salzlösung mit einer Spur von Schleim und Eiweissstoffen dar. Um Liquor cerebrospinalis handelte es sich wahrscheinlich nicht.

St. Clair Thomson bedauert, dass nicht eingehendere Analysen vorgenommen sind. Die Cerebrospinalflüssigkeit enthält Stoffe, welche die Fehling-sche Lösung reduciren.

Ernest Waggett: Radicaloperation bei Stirnhöhlenerkrankung.

Vorstellung eines jungen Mannes, bei dem W. wegen langjähriger Erkrankung der rechten Stirnhöhle die Luc'sche Operation gemacht hat. Der Hautschnitt folgt der Linie der Augenbrauen und der Trepan wurde unmittelbar über dem Superciliarrand angesetzt. Die Schleimhaut der Höhle war polypoid entartet und mit Eiter bedeckt; alle Weichtheile wurden vollständig ausgekratzt. W. macht auf die Wichtigkeit der radicalen Ausräumung aufmerksam. Er betont ferner als wesentlich die sorgfältige Vernähung des Periosts und die vorangehende Entfernung des vorderen Endes der mittleren Muschel. Während der ersten 14 Tage wurde die Höhle ausgespült, indem durch das Drainrohr eine dünne biegsame Röhre eingeführt wurde. Nach 14 Tagen wurde das Drainrohr entfernt. Seit der Operation ist kein Eiter mehr zu sehen, alle Symptome sind geschwunden. An der Stirn ist keine Depression zurückgeblieben und auch die Hautwunde ist kaum bemerkbar.

Herbert Tilley rühmt die Vortheile des supraorbitalen Einschnittes vor dem medianen selbst bei doppelseitiger Affection.

Ernest Waggett: Ein neues Instrument zur kaustischen Turbinotomie.

Das Instrument ist dem Jones'schen Turbinotom ähnlich gestaltet, schneidet aber die hypertrophischen Weichtheile zur Vermeidung der Blutung mit dem heissen Draht.

Walter Spencer: Trigeminusneuralgie geheilt durch die Turbinotomie.

46jähriger Mann, der kurz nach einem Anfall von Influenza mit schwerer und anhaltender Neuralgie in allen Zweigen des linken Trigeminus erkrankte. Die Anfälle traten bisweilen so heftig auf, dass grosse Dosen Morphium gegeben werden mussten. Der Pat. war wie betäubt und verlor das Gedächtniss. Zu Zeiten liess der Schmerz etwas nach, doch blieb er aller Behandlung zum Trotz bestehen. Redner sah den Patienten 5 Monate später. Die linke Seite der Nase war hyper-

ästhetisch und die Berührung des vorderen Endes der linken mittleren Muschel mit der Sonde löste einen heftigen Schmerzanfall aus. Nach der Cocainisirung schwand der Schmerz. Redner excidirte daraufhin die mittlere Muschel zusammen mit dem vorderen Ende der unteren. Die Operation ist vor 3 Monaten gemacht worden. Seither ist kein Schmerz mehr eingetreten, Pat. ist geistig wieder frisch und fühlt sich sehr wohl. Nur wird gelegentlich über einen Reiz in der von dem erkrankten Nerv versorgten Partie geklagt.

Creswell Baber sah Neuralgien nach nasaler Einblasung von gewöhnlichem Salz und nach intranasaler Cauterisation der sensitiven Stellen heilen.

Spicer empfiehlt ebenfalls nasale Behandlung.

St. Clair Thomson besteht auch auf Untersuchung der Nase, bevor man am Ganglion Gasseri oder Aehnl. eine Operation vornimmt. Er hat jüngst einen Fall von neuralgischen Schmerzen mit Frösten beobachtet, der für Malaria gehalten wurde und der nach Drainage eines vorhandenen Antrumempyems heilte. Mit dem Worte „Heilung“ freilich muss man sehr zurückhaltend sein, da Trigeminusneuralgien durch die Operation an sich bisweilen erheblich temporär gebessert werden. Gowers berichtet über einen solchen Fall, der von 15 verschiedenen Aerzten als „geheilt“ beschrieben wurde.

Wyatt Wingrave: Der subpharyngeale Knorpel der Tonsille.

Redner legt Präparate vor, die Reste des dritten Kiemenbogens in Form von kleinen Inseln hyalinen Knorpels darstellen, welche in dem Bindegewebe am Tonsillengrunde eingeschlossen lagen. W. hat solche Knorpelreste dreimal unter 200 Fällen gefunden.

Herbert Tilley: Der Larynx des am 10. November 1897 vorgestellten Patienten.

Der Befund intra vitam war: Fixation der rechten Kehlkopfseite: eine grauliche Masse auf oder an Stelle des rechten Stimmbandes; am Hals eine geschwollene Drüse. Bei der Vorstellung im November sprachen sich Alle, die den Larynx besichtigten, fast einstimmig für Malignität aus. Der Pat. starb an basaler Meningitis. Die Untersuchung des excidirten Kehlkopfes zeigte rechts eine ausgedehnte Ulceration des Stimmbandes. Die linke Seite war gesund. Ein ulceröser Streifen führt herunter zum rechten Aryknorpel, den man entblösst fühlt. Das Präparat wird der Commission zur Untersuchung zweifelhafter Geschwülste übergeben.

Furniss Potter: Maligne Erkrankung des Kehlkopfes.

Redner bespricht die Frage der Operation.

Bronner: Papillome des Kehlkopfes.

B. demonstrirt Präparate von einem Fall von recidivirenden Kehlkopfpapillomen bei einem 48jährigen Mann. Es bestand und besteht noch bedrohliche Dyspnoe. B. wünscht die Meinung der Gesellschaft darüber zu hören, ob sie die

Laryngotomie, Tracheotomie oder eine periodische intralaryngeale Exstirpation der Tumoren in diesem Falle für angezeigt halten.

Butlin und Semon stimmen darin überein, dass die Thyrotomie keine Gewähr gegen Recidive giebt.

Spencer hält die Crico-Tracheotomie auf alle Fälle für rathsam, um die Tumoren überhaupt ausreichend abtragen zu können.

Symonds: Totale einseitige Recurrenslähmung.

Es handelt sich um ein Oesophaguscarcinom; das linke Stimmband steht in Cadaverstellung. Früher bestand allein Posticuslähmung; jetzt ist der Lateralis auch ergriffen.

Semon protestirt gegen den Titel „Adductorenlähmung", unter dem der Fall ursprünglich angezeigt war. Man solle die Ausdrücke „Abductoren" und „Adductoren", die durch Druck- und Schreibfehler so leicht zu Missverständnissen Anlass geben, gänzlich bei Seite lassen und einen Ersatz dafür suchen, etwa in den von Moritz Schmidt vorgeschlagenen Ausdrücken: „Erweiterer" und „Verengerer".

Symonds: Exstirpation einer Larynxhälfte.

Vorstellung eines Mannes, dem die rechte Hälfte des Kehlkopfes zugleich mit den Halsdrüsen wegen Carcinoms herausgenommen worden ist. Der Fall bietet dadurch Interesse, dass bei der Vorstellung des Pat. im Februar 1897 allgemein die Diagnose auf Tuberculose gestellt wurde.

Symonds: Subglottisches Carcinom. (?)

55jähriger Mann. Beide Stimmbänder sind fixirt; die heftige Dyspnoe hat die Tracheotomie nöthig gemacht. (Die spätere Entwickelung hat die Diagnose Carcinom ganz klar gelegt.)

Watson Williams: Formative Knochenentzündung (Leontiasis ossium).

Demonstration des Präparates, das bei der Section eines 46jährigen Mannes erhalten worden ist. Von Syphilis oder sonst einer Ursache der Erkrankung ist nichts bekannt.

An beiden Seiten der Nase finden sich starke glatte Verdickungen des Knochens, ein kleinerer Vorsprung auf der Stirn. Unter der Dura mater und in der linken Stirnhöhle findet sich Eiter. Die rechte Stirnhöhle sowie die Keilbeinhöhle und die Siebbeinzellen sind von einem weichen Knochengewebe erfüllt. Die linke Seite der Nase ist durch eine vom Septum ausgehende Geschwulst fast ganz ausgefüllt. Auch beide Antra sind obliterirt; der Becken- und der Unterkieferknochen weisen ebenfalls Verdickungen auf. Das übrige Skelett und die Hypophysis sind normal.

Lambert Lack: Klonischer Krampf des Rachens.

19jähriges Mädchen, bei der man sah, wie die hintere Rachenwand heftig

nach links hinübergezogen wurde und dann erschlaffte. Das Ganze machte den Eindruck eines klonischen Krampfes und erinnerte an Nystagmus. Das Mädchen war im Uebrigen ganz gesund und nicht eigentlich nervös. Wie lange der Zustand bestand, war nicht zu ermitteln, da das Leiden keine Symptome machte. Redner sieht den Fall seit 2 Monaten.

Ein ähnlicher Fall wurde von Bond im vergangenen Jahre vorgestellt.

Sitzung vom 9. Februar 98.

Vorsitzender: H. T. Butlin.

Bericht der Commission zur Untersuchung zweifelhafter Geschwülste:

1. Spicer's „rapide recidivirender Tumor der Nasenscheidewand" (Sitzung vom December 97. Verhandlungen, Bd. V, S. 19) erwies sich als Fibro-Angiom von durchaus gutartigem Charakter.

2. Agar's „Geschwulst der Zunge" (Sitzung vom November 97. Vhdlgn., V, S. 4) bestand zum Theil aus dichtem, zum Theil aus lockerem Bindegewebe ohne jedes Zeichen von Malignität.

3. Ueber Bond's „recidivirende Kehlkopfgeschwulst" (Sitzung vom Juni 97. Verhandlungen, Bd. IV, S. 104) konnte, da nur ein einzelner Schnitt zur Untersuchung vorgelegt wurde, ein bestimmtes Urtheil nicht gewonnen werden. Uebereinstimmung herrschte darüber, dass es sich um eine epitheliale Geschwulst (nicht ein Papillom) von ungewöhnlichem Charakter handelte.

Paterson: Die Fossa supratonsillaris.

Redner beschreibt die anatomischen Verhältnisse des Recessus oberhalb der Tonsille und führt gewisse Variationen an, die er beobachtet hat. Mit His leitet er die Fossa triangularis von der 2. Kiemenspalte ab und macht darauf aufmerksam, dass gelegentlich die Plica triangularis vom vorderen Gaumenbogen fortbesteht. Die Entwicklung des adenoiden Gewebes um die Fossa wechselt in erheblichem Umfange und beeinflusst die Ausdehnung und die Lage des Recessus. Redner sah maligne Erkrankungen in dieser Gegend in zwei Fällen ihren Ursprung nehmen und glaubt, dass die Fossa supratonsillaris auch bei gewissen Infectionskrankheiten als Infectionspforte in Betracht kommt. In einigen der gebräuchlichsten Lehrbücher findet P. die Fossa supratonsillaris überhaupt nicht erwähnt; er glaubt, dass man sie oft für eine vergrösserte Lacune hält.

Spicer, Hill und St. Clair Thomson erkennen die anatomische Selbständigkeit dieses Recessus und seine grosse chirurgische Bedeutung vollständig an.

Paterson: Papillom der Tonsille.

Redner zeigt das Präparat eines kleinen gestielten Papilloms, das an der

vorderen und inneren Fläche der Tonsille zum Vorschein kam, thatsächlich aber von der Plica triangularis aus wuchs. Am herausgeschnittenen Präparat wurde dies erst sichtbar. Redn. ist der Ansicht, dass sowohl echte Papillome, wie kleine Massen von lymphoidem Gewebe von dieser Plica ihren Ursprung nehmen und nicht von der Tonsille selbst. Ihr Wachsthum kann mit Secretion aus der Fossa supratonsillaris in Zusammenhang stehen.

Lack: Eine neue Schlinge für Nase und Hals.

Demonstration der Schlinge, die sich schnell und langsam handhaben lässt. Die langsame Zusammenziehung wird durch eine Schraubenvorrichtung geleitet, ähnlich wie beim Lermoyez'schen Instrument. Diese wird erst in Thätigkeit gesetzt, wenn die Schlinge mit rapidem Zug um den Stiel der zu entfernenden Geschwulst fest herumgelegt ist.

Waggett: Radicale Heilung lange bestehender Antrumempyeme.

W. stellt einen Fall vor, den er nach Luc's Methode operirt hat. Die Entfernung aller Weichtheile fand durch die in der Fossa canina angelegte Wunde statt, die dann sofort durch Naht des Periosts und der Schleimhaut verschlossen wurde, nachdem die Drainage nach dem unteren Nasengang hergestellt war. Seit 8 Jahren hatte die Höhle täglich von einer alveolaren Oeffnung aus ausgespritzt werden müssen. Das Antrum war mit einer polypoid entarteten Schleimhaut ausgekleidet. Vom Tage der Operation an ist kein Eiter mehr secernirt worden und der Fall kann jetzt als definitiv geheilt betrachtet werden.

Hill und Lake erkennen die Erfolge der Luc'schen Radicaloperation an, erinnern aber daran, dass ein ähnliches Verfahren unabhängig von Spicer und Senn beschrieben worden ist.

Spicer weist ebenfalls darauf hin, dass Luc sowohl wie Waggett zahlreiche Arbeiten auf diesem Gebiete, die in englischen Journalen erschienen sind, übersehen haben. Seine Methode differirt in keinem wesentlichen Punkte von der jetzt beschriebenen. Vor Jahren bereits hat er die Oeffnung von der Fossa canina aus, Curettement der Höhle und Drainage nach dem unteren Nasengang empfohlen und selbst ausgeübt.

Waggett erwidert, dass die Luc'sche Methode — Curettement von der Oeffnung in der Fossa canina aus, Drainage nach dem unteren Nasengang, verbunden mit unmittelbarem Schluss der bucco-antralen Fistel — in einem wichtigen Punkte von Spicer's Verfahren abweicht. Es ist rathsam, längeres Drainiren durch Auskratzung der gesammten Bekleidung der Höhle zu vermeiden.

Willcocks: Fixation des rechten Stimmbandes.

70 jähriger Mann. Auf der rechten Seite des Kehlkopfes bestand eine Schwellung mit gleichzeitiger Aphonie. Auf sedative Mittel und Jodkali ist die Schwellung zurückgegangen. Das rechte Stimmband ist unbeweglich und leicht congestionirt. Am Thorax ist nichts von einer Erkrankung nachweisbar.

Semon hält die Unbeweglichkeit des Stimmbandes für eine mechanische, sowohl wegen der Anamnese, als wegen der durch Jodkali erzielten Besserung. Auch sieht der Kehlkopf so „rein“ aus, dass wirklich nichts für Malignität spricht.

Butlin neigt doch zur Diagnose auf Malignität, einmal wegen der Drüsenschwellung am Halse und dann, weil der Allgemeinzustand des Patienten ein schlechter ist.

Herbert Tilley: Frühes Stadium eines Stimmbandepithelioms.

49jähriger Mann, seit 2 Monaten aphonisch. Keine Schmerzen. Am vorderen Ende des linken Stimmbandes sieht man einen weisslichen Fleck; hinten ist das Stimmband nur leicht congestionirt; seine Beweglichkeit ist etwas geschwächt.

Der Vorsitzende und Semon halten den Fall für sehr geeignet zur Radicaloperation.

Walker Downie: Primäres Epitheliom der Uvula; mit Demonstration mikroskopischer Präparate.

56jähriger Mann, seit 2 Monaten über Halsweh klagend. Der grössere Theil des Zäpfchens ist von der Geschwulst ergriffen und ulcerirt, die Gaumenbögen aber scheinen nicht afficirt zu sein. Die Geschwulst ist von derber Consistenz und leicht blutend. Die ganze Uvula wurde unter Cocain exstirpirt. Die Operation liegt 6 Monate zurück; der Patient ist bisher recidivfrei.

Lake: Interarytaenoidgeschwülste.

Vorstellung einer Frau, bei der L. breite blassrothe Geschwülste aus der Regio interarytaenoidea entfernt hat.

Clifford Beale möchte den Fall gern bei späterer Gelegenheit wiedersehen. Wenn nicht drängende Symptome vorliegen, hält er es für unrichtig, eine grössere Flächenverletzung zu setzen, da diese leicht zum Ausgangspunkt frischer tuberculöser Processe werden kann.

Spencer: Carcinomatöse Geschwulst der Epiglottis und der Zungenbasis.

Die Präparate, die S. vorlegt, sind durch Operation bei einem 70jährigen Manne gewonnen. Der feste Tumor, der die Grösse einer Orange hat, nahm die Epiglottis und die Zungenwurzel ein. Die Abtragung der Geschwulst mittelst Pharyngotomia subhyoidea nach vorhergehender Tracheotomie gelang gut. Die Basis der Epiglottis wurde durchschnitten und auch die ary-epiglottischen Falten abgetrennt. Die gesammte Masse, die auf diese Weise abgelöst wurde, so dass sie an einem Stiele hing, wurde zuletzt mit der heissen Schlinge entfernt. Eine eiternde Drüse am Halse wurde incidirt. Bis zum 4. Tage ging alles wohl. Dann traten bronchitische Erscheinungen auf, denen der Patient bald erlag. Die Ge-

schwulst und die Drüsen zeigten bei der histologischen Untersuchung carcinomatösen Charakter.

Semon macht darauf aufmerksam, dass die ihm bekannten Fälle, die mittelst Pharyngotomia subhyoidea operirt wurden, insgesammt unglücklich endigten, ohne dass die Sectionsergebnisse eine rechte Erklärung dafür geben. Er kennt noch nicht einen geheilten Fall.

Butlin hat nicht bessere Erfahrungen gemacht. Er führt einen Fall an, in dem der Patient vor dem Exitus Gelbsucht und Manie bekam.

Stephen Paget: Epitheliom des linken Stimmbandes.

Die Infiltration und Ulceration des linken Stimmbandes reichen bereits in den Interarytaenoidalraum. Das linke Stimmband wird nicht bewegt. In der linken Submaxillargegend fühlt man eine geschwollene Drüse. Der Patient ist seit 6 Monaten heiser.

Semon und Butlin rathen zu sofortiger Operation.

Ernest Waggett.

III. Briefkasten.

Zum zehnjährigen Bestehen der Berliner laryngologischen Gesellschaft.

Am 24. Februar beging die Berliner laryngologische Gesellschaft die Feier ihres zehnjährigen Bestehens durch ein Fest im Künstlerhause, über welches wir in unserer nächsten Nummer eingehender berichten werden. Heute sei der Gesellschaft nur unsere beste Gratulation und unser wärmster Wunsch für weiteres fröhliches Gedeihen dargebracht.

Personalnachrichten.

Gelegentlich ihres zehnjährigen Bestehens hat die Berliner laryngologische Gesellschaft ihren langjährigen Präsidenten, Prof. B. Fränkel, sowie die Herren Prof. Stoerk (Wien) und Prof. Sir Felix Semon (London) zu Ehrenmitgliedern ernannt.

Herrn Prof. O. Seifert (Würzburg) ist vom Grossherzog von Baden das Ritterkreuz erster Klasse des Ordens vom Zähringer Löwen verliehen worden.

Dr. W. van der Heide, seit Jahren Specialarzt für Hals- und Ohrenleiden zu Amsterdam, ist am 7. Januar verstorben.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, April. 1899. No. 4.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **Depage. Ueber die Phlegmonen des Triang. pharyngo-maxill. (Des phlegmons du triangle pharyngo-maxillaire.)** *No. 13. 1898.*

D. theilt einen Fall von Phlegmone des Triang. phar. maxillare mit, welcher trotz der Eröffnung des Abscesses (Einschnitt hinter dem Sternocleidomast., langsames Eindringen in die Tiefe bis in das Dreieck, Eröffnung des Abscesses, Drainirung) während des Anlegens des Verbandes erlag (Asphyxie mit plötzlichem Herzstillstand). Daran anknüpfend, ergeht sich der Autor in allgemeinen Bemerkungen über den Gegenstand.

BAYER.

2) **Van Engelen. Drüsenphlegmonen des Triangulum pharyngo-maxill.; Drainage; Heilung. (Adéno-Phlegmon du Triangle pharyngo-maxillaire; Drainage; Guérison.)** *Journ. Méd. de Bruxelles. No. 20. 1898. La Clinique. No. 20. 1898.*

Harte Infiltration am Halse bei einem Mann, der seit 3 Wochen an Mandelentzündung leidet; keine Fluctuation; Temp. 39,0; Incision in die Mandeln lässt keine Eiterherde entdecken, es wurde daher eine Incision hinter dem Sternocleidomast. angelegt, in die Tiefe langsam vorgedrungen bis ins Pharyngomaxillardreieck, aus welchem sich dann ein grosser Fingerhut voll Eiter entleerte. Drainiren. Heilung.

BAYER.

3) **Buys. Phlegmone der Regio suprahyoidea dentalen Ursprungs. (Phlegmon sus-hyoidien d'origine dentaire.)** *La Clinique. No. 42. 1898.*

In der Sitzung vom 7. October 1898 des Cercle Méd. von Brüssel berichtet B. über einen Fall, bei welchem infolge eines Eingriffes am linken unteren Weisheitszahn sich hinter demselben ein Abscess entwickelte, welcher incidirt werden musste; darauf hin entwickelte sich in der Regio submentalis eine Geschwulst,

welche im Niveau des hinteren Bauches des Digastricus eröffnet wurde und einer Eiteransammlung den Austritt verschaffte, von der aber kein directer Zusammenhang mit dem ersten Abscess nachgewiesen werden konnte. Rasche Heilung darauf hin.

BAYER.

4) **H. Webben. Zwei Fälle von acuter diffuser Zellgewebsentzündung der Regio submaxillaris (Angina Ludovici), bei denen die Tracheotomie gemacht wurde. Heilung des einen Falles. (Two cases of acute diffuse cellulitis of the submaxillary region (angina Ludovici), in which tracheotomy was performed. Recovery in one.)** *Lancet. 17. September 1898.*

Der erste Fall betrifft eine Frau von 43 Jahren. Es wurden eine Reihe von Incisionen gemacht und ein Symonds'sches Oesophagusrohr wurde in die Trachea eingeführt. Die Frau kam zur Heilung.

Der zweite Fall betrifft eine 20jährige Frau. Die Tracheotomie wurde erst ausgeführt, als die Pat. in höchster Athemnoth sich befand. Die Trachea war schwer aufzufinden; die Pat. starb sehr bald nach der Operation.

ADOLPH BRONNER.

5) **Küttner** (Tübingen). **Ueber entzündliche Tumoren der Submaxillarspeicheldrüse.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 57. Bd. 4. Heft. 1898.*

Die entzündlichen Tumoren der Submaxillarspeicheldrüse machen ganz den Eindruck echter maligner Tumoren, man findet eine hühnerei- bis apfelgrosse Geschwulst in der Submaxillargegend, die längliche Gestalt hat und sich derb anfühlt. Die Geschwulst ist in der Tiefe wenig verschieblich durch Verwachsungen; schmerzlos. Die Entstehung solcher durch interstitielle Entzündung bedingten Erkrankung der Drüsen ist wahrscheinlich auf von der Mundhöhle ausgehende Entzündungsprocesse zurückzuführen.

SEIFERT.

6) **G. Löwenbach. Beitrag zur Kenntniss der Geschwülste der Submaxillar-Speicheldrüse.** *Virchow's Archiv. Bd. 150. p. 73.*

Verf. beschreibt nach einer kurzen Uebersicht über die einschlägige Literatur ausführlich 2 Fälle von Cylindrom der Submaxillardrüsen. Er erweist, dass die zellige Wucherung in seinen beiden Fällen von den epithelialen Theilen der Drüse ausgeht und spricht deshalb seine Geschwülste im Gegensatz zu den bisher beschriebenen cylindromatösen Sarkomen oder Endotheliomen als cylindromatöse Carcinome oder carcinomatöse Cylindrome an.

F. KLEMPERER.

7) **Van Engelen. Angeborene seröse Halscyste. (Kyste séreux congénital du cou.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 24. 1898. La Clinique. No. 24. 1898.*

Operation eines orangegrossen Tumors bei einem 25jährigen Mann, welcher vom Zungenbein bis zur Gabel des Sternums und noch etwas weiter in den Mediastinalraum hinabreicht. Der Tumor lag unter den Muskeln und hing mit der Jugularis zusammen, er stellte sich als eine angeborene seröse Halscyste heraus.

BAYER.

8) **Sultan** (Göttingen). **Zur Kenntniss der Halscysten und -Fisteln.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 48. Bd. 2. u. 3. H. 1898.*

Die Befunde von Sultan stützen sich auf 19 Fälle, auf Grund deren er zu folgenden Schlüssen gelangt:

Die unter dem Namen der Cystenhygrome bekannten Lymphangiome des Halses können unter Umständen durch Störungen in der Entwickelung der Kiemenbogen veranlasst werden. Für die mittleren, auf den Tractus thyreoglossus zurückzuführenden Halsfisteln ist bisher ein einheitlicher, von der äusseren Fistelöffnung bis zum Foramen coecum führender Gang anatomisch noch nicht nachgewiesen. Es scheint sich vielmehr in den meisten Fällen um zwei oder mehrere Gänge zu handeln, welche sowohl von der äusseren Haut, wie vom Foramen coecum her gegen das Zungenbein verlaufen und dort blind endigen. Die unter Leitung des Kehlkopfspiegels ausgeführte Sondirung des Ductus lingualis kann bei einer von aussen schon sondirbaren mittleren Fistel von diagnostischer Bedeutung sein. Die aus Resten des Tractus thyreoglossus hervorgegangenen Ranulaformen (Naumann) sind häufiger, als bisher angenommen wurde, da auch ein Theil der bisher als Dermoide des Mundbodens bezeichneten Cysten in dieselbe Kategorie fallen. Durch congenitalen Verschluss des Ductus Whartonianus kommt es zu Cystenbildungen, die unter einem wesentlich anderen Bilde verlaufen.

SEIFERT.

9) **O. Sirot. Serotherapeutische Untersuchungen über die Frühdiagnose der Tuberculose. (Recherches serotherapeutiques appliquées au diagnostic précoce de la tuberculose.)** *Soc. de sc. méd. de la Côte d'or. 5. November 1897.*

10) **Terre. Dasselbe.** *Ebenda. 14. Januar 1898.*

S. constatirte, dass die Injectionen des künstlichen Serums bei einigen Kranken Temperatursteigerungen hervorriefen; da es sich dabei im Allgemeinen um tuberculöse Individuen handelte, kam er auf den Gedanken, ob man sich des Serums nicht in analoger Weise wie des Tuberkulins, aber ohne dessen Gefährlichkeit, als Reagens bedienen könne. In der vorliegenden Arbeit theilt er eine Reihe von 10 Beobachtungen mit, welche zeigen, dass bei anämischen Patienten mit zweifelhafter Bronchitis, wenn die Injection Fieber verursachte, Tuberculose vorlag, die dann auch durch den Bacillennachweis im Sputum und durch den Verlauf der Krankheit bestätigt wurde. Die nicht tuberculösen Individuen hatten in den 9 Stunden nach einer Subcutaninjection von 20 ccm Serum kein Fieber.

Terre controlirte die Beobachtungen von Sirot durch Untersuchungen an geimpften Meerschweinchen. Es zeigt sich bei diesen nach der Injection ein Fieber, das bei den normalen Controlthieren ausbleibt und das dem Tuberculosefieber analog ist. Beim Meerschweinchen wie beim Menschen ist die Injection unschädlich.

A. CARTAZ.

11) **J. Sendziak. Beitrag zur Wichtigkeit der Larynxuntersuchung sowie Applicirung der Röntgenstrahlen bei den Aneurysmen der Aorta.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. p. 134. 1898.*

Verf. berichtet über 4 Fälle von Aneurysma, in denen der Nachweis einer

Kehlkopflähmung in erster Linie auf das Leiden hinwies und der Befund bei der Durchstrahlung die Diagnose sicherte. Beiden, der Kehlkopfuntersuchung wie der Durchleuchtung, schreibt Verf. auch eine prognostische Bedeutung zu. Aus der Stellung des gelähmten Stimmbandes könne man einen Schluss auf den Druck ziehen, dem der Recurrens ausgesetzt ist. Die Grösse des Schattens, sowie die stärkere oder geringere Pulsation seien ebenfalls von Belang. Einer der von S. beobachteten Fälle wurde durch Jodkali erheblich gebessert; danach zeigte „die linke Stimmlippe, welche früher stetig in der cadaverösen Stellung war, jetzt die mediane d. h. phonatorische Stellung"; und gleichzeitig war der Schatten viel kleiner geworden und zeigte keine Pulsation mehr, während dunkle Flecken zu sehen waren, „welche wahrscheinlich von der Gerinnselbildung abhängig waren".

F. KLEMPERER.

12) **Albert Rosenberg. Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnose der für den Laryngologen in Betracht kommenden intrathoracischen Geschwülste.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 8. p. 1. 1898.*

Verf. berichtet über die Ergebnisse der Durchstrahlung (aktinoskopische Untersuchung) von 12 Fällen (5 Aortenaneurysmen, 2 retrosternale Strumen, 3 retrosternale Tumoren resp. Mediastinaltumoren und 2 Oesophaguscarcinome). Beim Aneurysma findet sich auf dem Fluorescenzschirm ein charakteristischer Schatten; derselbe ist rundlich und pulsirt nach allen Seiten hin. Die soliden Geschwülste geben gewöhnlich einen Schatten, der mehr gradlinig oder unregelmässig begrenzt ist, aber nie so rundlich, wie der Schatten des Aortenaneurysmas, von dem er sich ausserdem noch durch den Mangel einer allseitigen Pulsation unterscheidet. Die Oesophagustumoren sieht man meist substernal und sie machen sich für gewöhnlich dadurch bemerkbar, dass der Sternalschatten nach einer oder nach beiden Seiten hin verbreitert ist. Bei retrosternalen Strumen sieht man beim Schluckact eine Bewegung, ein in die Höhesteigen des Schattens.

F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

13) **Bayet. Destruction der Nasenscheidewand ohne Deformation der Nase. (Destruction du septum nasal sans déformation du nez.)** *Bulletin de la Soc. Royale des Sciences méd. et naturelles de Bruxelles. No. 4. 1897.*

Der Artikel ist gleichbedeutend mit No. 41 des Centralblattes, No. 5, 1898.

BAYER.

14) **Abrashanow. Ersatz des Septums durch eine Knochenplatte bei der Sattelnase. Vollkommene Einheilung. (Someschtschenie nosowoi peregorotgi kostnoi plastinkoi pri sapawschem nose. Polnoe wschiwlenie.)** *Chirurgia. März 1898.*

Als Knochenplatte wurde ein Stück von gewöhnlichen Thierknochen benutzt, desinficirt, ausgekocht und in die Nase eingenäht.

P. HELLAT.

15) **B. Douglass. Die Geradestellung der verbogenen Nasenscheidewand. (The restoration of a deflected nasal septum.)** *N. Y. Med. Journal. 6. August 1898.*

Verf. beschreibt die verschiedenen Arten von Verbindung des Septum und bespricht im Einzelnen ihre Operation. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

16) **M. Yeardsley. Papillom der Nasenscheidewand. (Papilloma of the nasal septum.)** *Brit. Med. Journal. 28. Mai 1898.*

20jährige Patientin hat seit 3 Monaten Schmerzen in der rechten Nasenseite und gelegentlich leichtes Nasenbluten. Die Geschwulst des Septums, die etwa 3/4 Zoll hinter dem Naseneingang sass, wurde mit der kalten Schlinge abgetragen.

ADOLPH BRONNER.

17) **H. Eichler** (Cottbus). **Adenom, einen von der Nasenscheidewand ausgehenden Polypen vortäuschend.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. p. 466. 1898.*

E. entfernte einen Polypen der Nasenscheidewand, der durch seine rosarothe Färbung auffiel und erkannte bei der mikroskopischen Untersuchung, dass es sich um ein reines Adenom handelte. Die Entfernung mit der kalten Schlinge verursachte keine besondere Blutung. Ein Recidiv trat nicht ein. Verf. giebt eine Abbildung des Präparates. F. KLEMPERER.

18) **Robert C. Myles. Zur Chirurgie der mittleren und unteren Nasenmuscheln. (Surgery of the middle and inferior turbinated bodies and bones.)** *N. Y. Medical Journal. 19. März 1898.*

Verf. bespricht die Hauptzustände in der Nase, die einen chirurgischen Eingriff erforderlich machen.

Für die Hypertrophien der unteren Muscheln werden verschiedene Caustika empfohlen, am meisten wohl Chromsäure oder Salpetersäure. „Ich selbst habe im Allgemeinen die Salpetersäure am besten gefunden, gebrauche aber in besonderen Fällen auch Chromsäure, den Galvanokauter, Bosworth's oder Jarvis' kalte Schlinge, die heisse Schlinge oder ein schneidendes Instrument."

Manche Autoren halten die Abtragung der unteren Muschel unter keinen Umständen für gerechtfertigt. Dem gegenüber führt M. einige Fälle an, bei denen nur diese radicale Operation zum Ziele führen konnte und bei denen die Turbinotomie auch in subjectiver und objectiver Hinsicht vollen Erfolg hatte.

Verf. beschreibt die Operation, wie er sie ausführt, ausführlich und illustrirt ihre 3 Phasen durch Abbildungen.

Stärkere Blutungen sah M. zweimal nach Abtragung eines Theiles der unteren Muschel und auch nach Entfernung des hinteren Muschelendes mit der kalten Schlinge.

Verf. hält die Entfernung von 1/3—2/3 der Muschel für unzulässig, wenn das Septum gerade, das Vestibulum nasi gut und die Nasenhöhle selbst geräumig ist; denn dann entsteht fast sicher ein Zustand von Trockenheit und Krustenbildung in der Nase und dem Nasenrachen, der beständig zu störenden Symptomen Anlass giebt. LEFFERTS.

19) **W. Permewan. Hypertrophie der unteren Muscheln. (Hypertrophied inferior turbinate bones.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Juli 1898.*

Die hypertrophischen Muscheln wurden mit einer langen Knochenscheere unter Lachgasnarkose abgetragen.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

20) **D. Bryson Delavan. Eine neue Methode zur Beseitigung gewisser Schwellungen der Nasenmuscheln. (A new method for the relief of certain enlargements of the turbinated bodies.)** *N. Y. Medical Journal. 11. December 1898.*

Abdruck eines auf dem 19. Congress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrags (vergl. den Verhandlungsbericht Centralb. XV, S. 89).

LEFFERTS.

21) **Hugo Hecht** (Göttingen). **Zur Therapie der Muschelhypertrophien.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. p. 469. 1898.*

H. empfiehlt die Aetzung mit Trichloressigsäure. Er ätzt statt von vorn nach hinten in umgekehrter Richtung und hat sich zu diesem Zweck einen „gedeckten Jurasz'schen Aetzmittelträger“ anfertigen lassen (Abbildung), den er geschlossen in die Nase einführt und erst am hinteren Ende der zu ätzenden Partie öffnet.

F. KLEMPERER.

22) **Bloebaum. Die submucöse Cauterisation mittelst der galvanokaustischen Glühnadel zur Behandlung der Rhinitis hypertrophicans nebst Beschreibung und Abbildung des neu aseptisch construirten allgemeinen Platinbrenners.** *Mon. f. Ohr. No. 4. 1898.*

Bl. betrachtet als Ursache vieler unangenehmer Zufälle nach Nasenoperationen nicht desinficirte Brenner und construirte deshalb einen einfachen Brenner, der nicht umwickelt ist und dessen Pole durch einen Elfenbeinring von einander isolirt sind.

SCHECH.

23) **Hamm. Die submucöse Behandlung der Rhinitis hypertrophicans.** *Mon. f. Ohr. No. 9. 1898.*

H. verwirft die submucöse Galvanokaustik nach Bloebaum und empfiehlt Einspritzungen von 0,5 einer 10proc. Chlorzinklösung zwischen Schleimhaut und Knochen.

SCHECH.

24) **R. Craig. Einige neue Beobachtungen über die Nasennebenhöhlen. (Some new features of the accessory cavities of the nose.)** *Lancet. 25. August 1898.*

Verf. bespricht an der Hand der Arbeiten von Zuckerkandl und Hajek die Grössenverhältnisse und die Entwickelung der Nasennebenhöhlen.

ADOLPH BRONNER.

25) **Onodi. Eine seltene Anomalie.** *Mon. f. Ohr. No. 12. 1897.*

Präparat, welches sich durch die ausserordentliche Entwickelung und die ungewöhnliche Lage der hinteren Ethmoidalzellen auszeichnet; man bekommt den

Eindruck, als hätte man es mit dem zwischen den Orbitallamellen befindlichen Theil der Hirnhöhle zu thun. Eine Zeichnung illustrirt den Artikel.

SCHECH.

26) **de la Personne. Einige orbitale Symptome der Nasennebenhöhlenentzündungen. (De quelques manifestations orbitaires des sinusites.)** *Presse médic. 7. Mai 1898.*

Bei Stirnhöhlenentzündung kommen intermittirende Schmerzen vor, die Facialisneuralgie vortäuschen können, ferner Symptome von Seiten der Ciliarnerven (Photophobie, Thränen, Accomodationslähmung). Das Empyem des Sinus frontalis wird auch zum Ausgangspunkt acuter Phlegmonen der Orbita, die bei schleunigem Eingreifen ohne Fistel heilen. Dieselben Zufälle können auch bei Kieferhöhlenentzündung vorkommen; die Hauptgefahr dieser aber liegt darin, dass sie auf die Keilbeinhöhle und die Siebbeinzellen übergreift.

Bei Keilbein- und Siebbeinentzündungen giebt es sehr zahlreiche Complicationen von Seiten der Orbita (Retinitis, Neuritis optica, Irido-Choroiditis, Muskellähmungen), die zu oft als Reflexstörungen gedeutet werden.

E. J. MOURE.

27) **T. Ramond. Stirnhöhlenentzündung mit Streptococcenbefund nach Erysipel. Tod durch Gehirnabscess. (Sinusite frontale à streptocoques, consécutive à un erysipèle. Mort par abscès du cerveau.)** *Soc. anatom. Paris. 18. März 1898.*

Junger Mann von 17 Jahren erkrankt Anfang Januar nach Eröffnung einer vereiterten Lymphdrüse am Halse mit Gesichtserysipel, das auf die Nasenhöhle übergreift. Temp. 39,8°. Der Kranke ist auffallend erregt. Am 16. Januar kein Fieber mehr; das Erysipel ist abgelaufen; aus der Nase noch leichter Ausfluss. Zwei Tage später plötzlicher Temperaturanstieg auf 40,2, Unruhe und Delirien, Ungleichheit der Pupillen, Strabismus convergens und andere Zeichen, die auf Meningitis hinweisen. Tod am 21. Januar.

Die Section ergiebt eitrige Entzündung beider Highmorshöhlen und der Stirnhöhle; Gehirnabscess vorn im rechten Stirnlappen; die Meningen verdickt; keine directe Verbindung mit der Stirnhöhle. Im Eiter finden sich Streptokokken.

A. CARTAZ.

28) **Wilson** (Lounceston, Tasmania). **Abscess der Stirnhöhle mit Durchbruch durch die äussere und die innere Wand und Abscess des Stirnlappens. (Abscess of the frontal sinus with perforation of the outer and inner tables and abscess of the frontal lobe.)** *Australian Medical Gaz. 20. October 1898.*

Demonstration der Präparate in der localen Abtheilung der Brit. Med. Association.

A. J. BRADY.

29) **Goris. Ueber 2 Fälle von Sinusitis der Stirnhöhlen. (Sur deux cas de sinusites frontales.)** *La Presse Méd. Belge. No. 5. 1898.*

Vergl. den Bericht über die Sitzung der Belg. oto-laryngol. Gesellschaft in Brüssel vom 18. Juli 1897 im Centralblatt No. 4, 1898, wo darüber referirt ist.

BAYER.

30) **Meyjes. Mittheilung eines Falles vermuthlicher Pneumatocele des Sinus frontalis.** *Mon. f. Ohr. No. 10. 1898.*

Vorher Eiterung des rechten Siebbeins, dann Prominenz der rechten Stirnhöhle. Knochen theilweise papierdünn, Schleimhaut des Sinus normal, derselbe enthält keine Flüssigkeit, ist aber sehr gross, eine Verbindung mit der Nase fehlt.

SCHECH.

31) **Barth** (Danzig). **Zur Operation des Stirnhöhlenempyems.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 57. Bd. 4. Heft. 1898.*

In zwei Fällen von Stirnhöhlenempyem ging B. so vor, dass er die Gegend des Ausführungsganges osteoplastisch freilegte, die Schleimhaut der Stirnhöhle, die sich in den oberen Theil der Wunde vorwölbte, eröffnete, den Eiter entleerte und dann den oberen Theil der Nasenhöhle völlig frei machte, so dass eine breite Communication zwischen Stirnhöhle und Nasenhöhle hergestellt war. Bei dieser Methode kann auch eine etwaige gleichzeitige Erkrankung der Siebbeinzellen mit beseitigt werden.

SEIFERT.

32) **Depage. Radicalcur der Frontalsinusitis. (Cure radicale de la sinusite frontale.)** *Journ. Méd. de Bruxelles. No. 47. 1898.*

In der Sitzung vom 19. November 1898 der Belg. chir. Gesellschaft stellte D. einen Kranken vor, bei welchem er die vordere Wand des Sin. frontalis entfernt, die Ethmoidalzellen curettirt und die innere Wand des Sin. maxill. in einer grossen Ausdehnung entfernt hatte. Rasche Heilung, aber Benöthigung einer Prothese.

BAYER.

33) **v. Zur Mühlen. Demonstration eines durch Trepanation geheilten Falles von Empyem des Sinus frontalis.** Mittheil. aus der Gesellsch. der prakt. Aerzte zu Riga. — *Petersburger med. Wochenschr. No. 42. 1898.*

Z. hält die Trepanation für die allein sichere und radicale Behandlungsmethode.

Rimscha erwähnt, dass man auch durch Offenhaltung der natürlichen Wege Heilung erzielen kann.

v. Krüdener hält die Verunstaltung durch Narben für gering und empfiehlt auch die Trepanation.

P. HELLAT.

34) **Goris** (Brüssel). **Ueber die chirurgische Behandlung des Empyems der Siebbeinzellen. (Sur le traitement chirurgical de l'empyème des cellules éthmoidales.)** *La Presse Méd. Belge. No. 34. 1898.*

Cfr. Bericht über die Sitzung der Belg. otolaryngologischen Gesellschaft von Brüssel vom 19. Juni 1898.

BAYER.

35) **Auvray. Geschwulst der oberen Siebbeinzellen. (Tumeur des cellules éthmoidales supérieures.)** *Soc. anatom. Paris. 25. März 1898.*

Die Geschwulst wurde zufällig entdeckt gelegentlich der Präparation einer Orbita. Die rundliche, graue, weiche Geschwulst hatte den Umfang eines kleinen Fingers; sie hing mit dem benachbarten Knochengewebe nicht zusammen und lag

direct über der Arteria ethmoidalis anterior, mit der sie auch verwachsen war. Beim Einschneiden entleerte sich eine dickliche, trübe Flüssigkeit. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Endotheliom (Psammom) handelte.

A. CARTAZ.

36) **Roure. Osteoperiostitis des Kiefers und der Orbita bei einem Neugeborenen. Generalisation der Erkrankung und Tod. (Ostéo-periostite maxillaire et orbitaire chez un nouveau-né. Généralisation. Mort.)** *Archives internes de laryngologie. XI. 2. April 1898.*

Phlegmone der Orbita bei einem 15 Tage alten Kinde mit Sinusabscess. Spontane Eröffnung der Eiteransammlung am Alveolarfortsatz des Oberkiefers und an der Basis des unteren Augenlids. Tod nach einigen Tagen. Als Ursache wurde angesehen das Eindringen septischer Secrete in die Gesichtshöhlen während des Geburtsactes durch Hautabschürfungen.

E. J. MOURE.

37) **Rutten. Osteosarcom ausgehend von der linken Nasen- und Highmorshöhle. (Ostéosarcome commençant de la cavité nasale et de l'antre d'Highmore gauche.)** *La Presse Méd. No. 2. 1898.*

In der Belg. ophthalmologischen Gesellschaft am 28. November 1897 stellte R. einen Kranken mit beginnendem Osteosarkom der Nase und der Oberkieferhöhle vor, welches durch Compression des Canalis nasolacrymal. Thränenträufeln verursacht hatte. Die Geschwulst nimmt die ganze Oberkieferhöhle ein und in der linken Nasenhöhle erkennt man einen graulich-weissen elfenbeinharten Tumor, blutend bei der Berührung mit der Sonde. Es ist die Resection des Oberkiefers und der vorderen Nasenhöhle mit Enucleation des Auges vorgesehen.

BAYER.

38) **A. C. H. Moll** (Arnheim). **Ehemals und jetzt, anlässlich Helm's Aufsatz: „La sinusite maxillaire du roi Louis XIV.“** *Med. Weekblad. 1898.*

M. giebt eine lesenswerthe Causerie über die von Helme (Archives internat. de lar., Avril 1898) beschriebene Krankheit Ludwig's XIV., sowie über die Diagnostik und Therapie des Kieferhöhlenempyems.

H. BURGER.

39) **Saint-Hilaire. Zwei Fälle von Empyem der Kieferhöhle im Anschluss an Tamponade der Nasenhöhlen. (Deux cas d'empyèmes du sinus maxillaire consécutifs au tamponnement des fosses nasales.)** *Archives internat. de laryngologie. T. XI. No. 2. April 1898.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von Antrumempyem nach Nasentamponade. Das Blut hört erst auf zu fliessen, wenn alle Theile der Nasenhöhlen, einschliesslich der Nebenhöhlen, ausgefüllt sind. Das Blut, das in dem Sinus liegen bleibt, geht daselbst in Zersetzung über; dies ist nach Verf. die Quelle der Nebenhöhleneiterungen.

E. J. MOURE.

40) **H. J. L. Struycken** (Breda). **Chronisches Empyem der Kieferhöhle. (Chronisch empyeem van het antrum Highmori.)** *Med. Weekbl. V. No. 37.*

Vortrag in einem ärztlichen Verein. Die Durchleuchtung übt S. auch noch auf diese Weise, dass er, wie bei der Durchleuchtung der Stirnhöhle, die Lampe

von Aussen und Innen auf den Oberkiefer aufsetzt, wobei die Erleuchtung des Gaumens in dem geöffneten Mund beobachtet wird. Unter den Operationsmethoden lobt er besonders diejenige von Luc.

H. BURGER.

41) **Meyjes. Die Behandlung des Empyems des Oberkiefers.** *Mon. f. Ohrenh. No. 1. 1898.*

Einlegen eines mit einem Kautschukplättchen festgehaltenen Silberröhrchens mit Verschluss behufs methodischer Ausspülung.

SCHECH.

42) **Goris. Ergänzende Bemerkungen bezüglich der Operation der chronischen Sinusitis maxillaris. (Note complémentaire concernant l'opération de la sinusite maxillaire chronique.)** *La Presse Méd. Belge. No. 5. 1898.*

Vergl. Centralblatt No. 4, 1898, Bericht über die Sitzung vom 18. Juli 1897 der Belg. otolaryngolog. Gesellschaft in Brüssel, wo darüber referirt ist.

BAYER.

43) **Herzfeld. Ueber eine einfache Methode des Abschlusses und gleichzeitigen Offenhaltens der künstlich angelegten Kieferhöhlenöffnung.** *Mon. f. Ohrenh. No. 1. 1898.*

H. bedient sich zur Offenhaltung zweifacher auf breiter, aber sehr dünner Gummiplatte ruhender Stöpsel aus reinem Patentgummi; sie können ausgekocht und mit Desinficientien in Berührung gebracht werden. Bei sehr grossen Oeffnungen wird ein zweitheiliger Stöpsel eingelegt.

SCHECH.

44) **Port. Ueber eine neue Kieferbruchschiene und Obturatoren der Highmorshöhle.** *Münch. med. Wochenschr. No. 39. 1898.*

P. empfiehlt Feinsilberstifte, die von einer Goldplatte getragen werden.

SCHECH.

c. Mundrachenhöhle.

45) **G. R. Martin. Stomatitis nach Antipyringebrauch. (Stomatitis following the administration of antipyrin.)** *Brit. Med. Journal. 17. September 1898.*

35jähriger Mann bekam Antipyrin (die Dosis ist nicht angegeben) wegen rheumatischer Neuralgie. 2 Tage nachher erschienen Flecke auf der Zunge, an der Backenschleimhaut und am harten Gaumen. Am Körper kein Ausschlag. Möglicherweise lag ein Pemphigus vor.

ADOLPH BRONNER.

46) **E. Albert. Ueber eine Form von Stomatitis. Bericht über 3 Epidemien. (Sur une variété de stomatite, relation de 3 epidemies.)** *Arch. de méd. milit. Februar 1898.*

In einem Zeitraum von 3 Jahren hat A. 3 Epidemien von einer besonderen Form von Mundentzündung beobachtet, die dem Herpes nahesteht. Dieselbe ist charakterisirt durch sehr oberflächliche Geschwürchen auf den Lippen, am Gaumen und an der Spitze der Zunge, die ohne Fieber und ohne Allgemeinsym-

ptome als desquamative Erosionen beginnen und in der Ausdehnung der Ulcerationen die Grösse eines 20-Centimestücks nicht überschreiten. Die subjectiven Erscheinungen bestehen in lebhafter Empfindlichkeit und leichter Schwellung beim Genuss salziger oder heisser Speisen. Diese Stomatitis ist gutartig und läuft in etwa 10 Tagen ab. Sie tritt epidemisch zur Sommerszeit auf, bleibt aber auf 1 oder 2 Corporalschaften beschränkt und befällt nur eine geringe Zahl von Leuten. Bemerkenswerth ist, dass Verf. diese Affection nur bei berittenen Truppen beobachtete und niemals bei der Infanterie oder aus der Civilbevölkerung von etwas ähnlichem hörte. Die Aetiologie ist unbekannt. Impfversuche schlugen fehl. Die Contagiosität aber scheint zweifellos. Bei der bacteriologischen Untersuchung fand Verf. nur die gewöhnlichen Parasiten des Mundes, Staphylokokken und einen kleinen Bacillus.

A. CARTAZ.

47) **Schütz** (Frankfurt a. M.). **Ueber Leukoplakia oris bei Psoriasis und anderen Dermatosen.** *Arch. f. Dermat. Bd. 46. Heft 3. 1898.*

In 3 Fällen von Psoriasis vulgaris beobachtete Schütz auch eine Leukoplakia oris, welche er zwar noch nicht für eine echte Psoriasis der Schleimhaut hält, aber doch in einem gewissen Zusammenhang mit derselben stehend ansieht, wie bei anderen Hauterkrankungen, die mit vermehrter Hornbildung einhergehen. Es mögen hierfür ursächliche und gemeinsame Bedingungen im Körper vorhanden sein.

SEIFERT.

48) **Van Heerswinghels. Speichelfisteln des Stenon'schen Canals. (Des fistules salivaires du canal de Sténon.)** *La Clinique. No. 17. 1898.*

Im Cercle Méd. von Brüssel, Sitzung vom 1. April 1898, theilt V. 2 Fälle von Speichelfisteln des Stenon'schen Canals mit, von denen der eine sich der Behandlung entzog, der andere auf operativem Wege geheilt wurde.

BAYER.

49) **Goris. Ueber einen Fall von Transplantation des Stenon'schen Canals wegen recidivirender Fistel. (Sur un cas de transplantation du canal de Sténon pour fistule récidivante.)** *Journ. Méd. de Brux. No. 31. 1898.*

G. löste den ganzen Stenon'schen Canal von seinem Ursprung aus der Parotis an bis zu seiner Mündung im Munde los, befreit ihn von seinen Adhärenzen, alles demselben anhaftende Bindegewebe säuberlich entfernend und befestigte ihn mit zwei Suturen tief in der Mundschleimhaut hinter der natürlichen Insertion. Heilung per primam.

BAYER.

50) **Buys. Zwei Fälle von Speichelsteinen. (Deux cas de lithiase salivaire.)** *La Policlinique. No. 5. 1898.*

Vorzeigen zweier Speichelsteine des Warthon'schen Canals in der anatomisch-pathologischen Gesellschaft, Sitzung vom 21. Januar 1898, von denen der eine 800 mg, der andere, welcher eine Froschgeschwulst vortäuschte, 301 mg wog.

BAYER.

51) **Henke. Uvula-Anomalien.** *Mon. f. Ohr. No. 7. 1898.*

Sehr eingehende und interessante, mit Abbildungen versehene und lesenswerthe Arbeit, die sich aber wegen der vielen Details nicht zum Referate eignet.

SCHECH.

52) **E. Adams. Ein Fall von membranöser Entzündung der Zunge und des Mundes mit Nachweis von Staphylococcus pyogenes aureus und anderen Coccen. (Case of membranous inflammation of tongue and mouth with presence of the staphylococcus pyogenes aureus and other micrococci.)** *Brit. Med. Journ. 16. Juli 1898.*

19jährige Patientin mit Nephritis und Neuroretinitis. Als die Pat. auf die Abtheilung aufgenommen wurde, waren gerade mehrere Fälle von folliculärer Mandelentzündung vorgekommen. 3 Monate nach der Aufnahme bekam die Pat. eine Schwellung der Zunge, hauptsächlich an deren rechter Seite. Dieselbe bedeckte sich mit weissen Flecken. Die Schwellung nahm 8 Tage zu, so dass die Zunge zum Munde hervorstand. Auch am harten Gaumen zeigten sich weisse Flecke. Nach 24 Tagen war die Zunge wieder normal. Die Patientin erlag später ihrer Nephritis.

ADOLPH BRONNER.

53) **Percy Furnivall. Eine ungewöhnliche Cyste der Zunge. (An unusual cyst of the tongue.)** *Brit. Med. Journal. 19. Februar 1898.*

Verf. berichtete in der Sitzung der Pathological Society of London vom 15. Februar 1898 über einen Patienten, bei dem eine Schwellung über dem vorderen Theil der Zunge beobachtet worden war. Die Punction und eine specifische Cur brachten die Schwellung nicht zum Verschwinden. Es wurde deshalb ein V-förmiges Stück aus der Zunge exstirpirt. Bei der Incision wurde ein Fistelgang eingeschnitten; man führte eine Sonde ein und fand, dass derselbe sich nach dem Foramen coecum öffnete. Der Gang war $1\frac{1}{2}$ Zoll lang und hatte eine dicke Wandung, die mit geschichtetem Epithel ausgekleidet war. F. führt diese Bildung auf eine Störung bei der Verschmelzung der 3 primären Elemente des Organs zurück.

ERNEST WAGGETT.

54) **Gevaert. Zungentumor bei einem Kinde. (Tumeur de la langue chez un enfant.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 5. 1898. La Clinique. No. 24. 1898.*

In der Sitzung der Belg. chir. Gesellschaft vom 22. Januar 1898 berichtet G. über ein 3monatliches Kind mit einer Narbengeschwulst (Keloid) der Zunge nach Verbrennung, welches nach 2 Monaten unter Anwendung von Cauterisation mit Arg. nitr. verschwand.

BAYER.

55) **Harry Littlewood. Sarcom der Zunge. (Sarcoma of the tongue.)** *Pathol. Soc. Transactions. Brit. Med. Journal. 19. Februar 1898.*

Die Geschwulst nahm bei dem 17jährigen Jüngling die mittleren 2 Viertel der Zunge ein. Sie war im Gefolge einer durch eine Verbrühung verursachten Ulceration aufgetreten. Eine antisyphilitische Behandlung blieb ohne Erfolg und es wurde die ganze Zunge exstirpirt. Später wurden noch einige geschwollene Lymphdrüsen herausgenommen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Rundzellensarcom handelte. Der Amputationsstumpf blieb recidivfrei, doch in der linken Tonsille entwickelte sich eine Geschwulst.

Targett, der in Guy's Hospital Reports 11 Fälle von Sarcom der Zunge

mitgetheilt hat, erklärt, dass diese Geschwülste niemals Lymphosarcome sind, sondern echte Sarcome, die vom Bindegewebe und Muskel ihren Ursprung nehmen.

ERNEST WAGGETT.

56) **Lavisé. Mittheilung über Zungenresection nach Whitehead. (Communication sur la résection de la langue par le procédé de Whitehead.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 31. 1898.*

In der Sitzung der Belg. chir. Gesellschaft vom 23. Juli 1898 macht L. eine Mittheilung über Zungenresection nach Whitehead.

BAYER.

57) **Depage. Zungenexstirpation und Resection des Pharynx. (Ablation de la langue et résection du pharynx.)** *Journ. Méd. de Bruxelles. No. 47. 1898.*

In der Belg. chir. Gesellschaft, Sitzung vom 19. November 1898, stellt D. einen 32jährigen Kranken vor, welchem er wegen Carcinoms auf buccalem Wege ohne die Mundöffnung zu vergrössern drei Viertel der Zunge, den Mundboden, die Hälfte des Gaumensegels, die Gaumenbögen sammt Mandeln, die Seiten- und einen Theil der hinteren Wand des Pharynx entfernt hatte und zwar nach vorausgeschickter Tracheotomie und Ligatur der Carotis externa auf der einen, der Lingualis vom Munde aus auf der anderen Seite.

D. hat noch einen anderen 72 Jahre alten Patienten vom Munde aus an Krebs operirt, und beabsichtigt diese Methode noch häufiger auszuüben.

BAYER.

58) **H. T. Butlin. Was kann die Operation bei Zungenkrebs erreichen? (What operation can do for cancer of the tongue.)** *Hunterian Society Transactions. Brit. Med. Journal. 26. Februar 1898.*

Ein ausführliches Referat der interessanten Arbeit kann hier nicht gegeben werden. Erwähnt sei nur, dass Verf. sich von der Nothwendigkeit überzeugt hat, in allen Fällen von Zungenkrebs die Lymphdrüsen des vorderen Halsdreiecks zu entfernen, selbst wenn auch bei sorgfältigster Palpation eine Schwellung derselben nicht zu fühlen ist. B.'s statistische Uebersicht über 102 Operationen wegen Zungenkrebs ist nicht entmuthigend. 20 Fälle sind jetzt länger als 3 Jahre nach der Operation frei von Recidiv geblieben oder an anderen Ursachen gestorben, während bei 11 anderen bisher recidivfreien die Frist von 3 Jahren zur Zeit noch nicht abgelaufen ist.

ERNEST WAGGETT.

59) **J. Killian. Zur Pathologie des Ductus lingualis.** *Münch. med. Wochensch. No. 36. 1898.*

Das Foramen coecum linguae kann cystisch erweitert sein und so zu abnormer Secretion und Parästhesie Anlass geben. K. fand bei 2 Individuen eine Ansammlung grauen Schleims über dem For. coecum, in zwei anderen Fällen eine halbkugelige Geschwulst in der Mitte der Zungenwurzel dicht vor dem Lig. glossoepigl. med., welche auf Druck sich verkleinerte und graues Secret entleerte. In einem 5. Falle bestand gleichfalls eine sich in die Valleculae ziehende Geschwulst, aus der sich massenhaft weisses flockiges Secret auspressen liess.

SCHECH.

60) **G. Didsbury. Hypertrophie der Zungentonsille und Reflexstörungen. (Hypertrophie de l'amygdale linguale et troubles reflexes.)** *France méd. 1. April 1898.*

Unter den Störungen, welche die Hypertrophie des lymphoiden Gewebes zur Folge haben kann, nennt Verf. den sogen. Reizhusten, der in Anfällen auftritt und durch nichts zu beruhigen ist, ferner gewisse Störungen der Stimme, denen keine Veränderung im Kehlkopf zu Grunde liegt. Das Zustandekommen dieser Störungen ist wohl durch die Reibung der hypertrophischen Zungentonsille gegen die Epiglottis zu erklären.

A. CARTAZ.

d. Diphtheritis und Croup.

61) **Welitschkina** (Moskau). **Untersuchung über das Abhängigkeitsverhältniss zwischen Länge und Virulenz der Diphtheriebacillen.** Berner Dissertat. aus d. bakteriol. Institut Berns unter Prof. Tavel. Bern 1898 bei Nolder u. Sieber.

An 50 Meerschweinchen wurde auf 300 g des Thieres je 0,1 ccm, 0,5 ccm und 2 ccm der Bouilloncultur eingespritzt. Bei der Autopsie wurden alle Ergüsse genau untersucht. Bacillen waren mikroskopisch nur an der noch hart infiltrirten Impfstelle, nie in den Ergüssen zu finden. Die Klebs-Löffler'schen Bacillen sind in Bezug auf Länge und Dicke äusserst variabel, z. B. von 0,5 μ bis 14 μ Länge, und sie scheinen sich bezüglich dieser Verhältnisse auf verschiedenen Nährböden verschieden, aber jeweilen in bestimmter Weise zu verhalten. Die Ergebnisse sind hauptsächlich folgende:

1. Die lange Varietät ist viel virulenter als die kurze.
2. Wiederholte regelmässige 1—2tägliche Ueberimpfung auf verschiedene Nährkörper vermindert die Virulenz.
3. Dicke Bacillen scheinen etwas weniger virulent zu sein als dünnere.
4. Es besteht kein Parallelismus zwischen Virulenz der Bacillen- und Häutchenbildung auf den Culturen oder dem Aussehen dieser letztern.

JONQUIÈRE.

62) **Stooss** (Bern). **Ueber das regelmässige Vorkommen von Diphtherie- oder Pseudodiphtheriebacillen beim gewöhnlichen Schnupfen der Kinder.** Med. Bericht d. Jenner'schen Kinderspitals. Bern bei Schmid u. Franke. 1898.

Verf. kam durch das gleichzeitige Auftreten einer klinischen Diphtheritis bei einem achtjährigen Knaben und acutem Schnupfen ohne Belag bei dem einjährigen Brüderchen desselben darauf, auch das Nasensecret des letzteren bacteriologisch untersuchen zu lassen. Die Seruminjection brachte beide Affectionen zum Stillstand und bei beiden wurden stark virulente Bacillen gefunden.

Diese Erfahrung bewog Verf., eine grosse Anzahl von acuten Schnupfenfällen bacteriologisch zu untersuchen und regelmässig fanden sich im Deckglastrockenpräparat Bacillen, welche der Form nach kurzen oder mittellangen Diphtheriebacillen entsprachen und sich gegen Farbstoffe ebenfalls wie diese verhielten. Je nach dem Nährboden zeigten in den 45 Fällen die Culturen in verschiedenen

Zahlenverhältnissen kurze, mittlere und auch lange (Glycerinagar) Bacillen, weitaus am meisten kurze.

Die Virulenz war nur in 2 Fällen voll, in 2 schwach und in den übrigen 41 Fällen fast oder ganz null. Von den letzteren litten 31 an verschiedenen acuten Allgemeinerkrankungen, Bronchitis, Pneumonie, Rubeola, Morbilli und acuten Magendarmcatarrhen. Die kurzen virulenten liessen sich von den pseudo-diphtheritischen Bacillen morpho- und chronologisch nicht unterscheiden. Immer waren Diplococcen beigesellt; in schweren Fällen vorherrschend der Staphylococcus aureus und der Diplostreptococcus. Eine letzte Categorie von Kindern wies nur vorübergehende Nasenabsonderung mit nicht virulenten kurzen Bacillen ohne Allgemeinerkrankung auf.

Verf. glaubt also, dass bei den catarrhalischen Rhinitiden der Kinder zwei Arten Diphtherie-Bacillen vorkommen:

1. In der grossen Mehrzahl der Fälle ein dem Löffler'schen Bacillus sehr ähnliches, aber mit demselben nicht zu identificirendes Pseudo-Diphtheriestäbchen.

2. Kurze Löffler'sche Bacillen, theilweise mit abgeschwächter Virulenz.

Da die Nase oft virulente Bacillen beherbergt ohne dass sich in ihr Membranen bilden, so verlangt die Diagnose der Nasendiphtherie meistens die bacteriologische Probe auf Virulenz!

JONQUIÈRE

63) **W. E. Stevens** (N. Otago N. Zeland). **Bericht über eine Diphtheritis-Epidemie in einem ländlichen District. (Notes on an outbreak of diphtheria in a country district.)** *Australian Med. Gazette. 20. October 1898.*

Der Ausbruch der Krankheit erfolgte nach einer längeren Periode grosser Trockenheit. 18 Fälle, die nach einander erkrankten, wurden durch Serum geheilt.

A. J. BRADY.

64) **W. H. Gregory. Diphtherie des Halses, der Nase, der Conjunctiva und der Urethra mit Serum behandelt und geheilt. (Diphtheria of throat, nares, conjunctiva and urethra. Serum treatment. Recovery.)** *British Med. Journal. 17. September 1898.*

20jähriger Mann mit Membranen im Hals, in der Nase, auf der Conjunctiva und in der Urethra, bekam 6 Injectionen von je 20 ccm Serum. Der Pat. hatte vor 6 Jahren bereits Diphtherie. Bacillen wurden nicht gefunden. Es trat vollständige Heilung ein.

ADOLPH BRONNER.

65) **Sidney Martin** und **G. R. Hunt. Die im University College Hospital 1896 und 1897 mit Serum behandelten Fälle von Diphtherie. (Cases of diphtheria treated by injection of antitoxic serum in university college hospital during 1896 and 1897.)** *Brit. Med. Journal. 3. September 1898.*

Behandelt wurden 178 Fälle; bei 149 Fällen wurde der Diphtheriebacillus gefunden, bei 18 gelang der Nachweis nicht und 11 Fälle wurden nicht untersucht. Die durchschnittliche Dosis des injicirten Serums war 7,200 Einheiten. Die Localbehandlung wurde daneben nicht vernachlässigt. 17,4 pCt. der Fälle starben. In 47 Fällen wurde die Tracheotomie gemacht; von diesen starben 14.

Die Intubation wurde nicht gemacht. Von den 31 letal ausgehenden Fällen starben 11 an Anurie, 8 mit Membranen in den Bronchien, 5 an Pneumonie, 2 an Herzschwäche, 2 an Gastroenteritis und 1 an Pneumothorax. Bei 49 von den 178 Fällen wurden Ausschläge notirt. ADOLPH BRONNER.

66) **Frank A. Nyulasy** (Melbourne Victoria). **Vier auf einander folgende Fälle von Tracheotomie wegen Kehlkopfdiphtherie. (Four consecutive cases of tracheotomy for laryngeal diphtheria.)** *Austral. Med. Gaz. 20. Oct. 1898.*

Das Alter der Kinder war 11 Monate bis 4 Jahre. Alle 4 zeigten die Symptome der bedrohlichsten Kehlkopfstenose. Drei Kinder bekamen neben der Tracheotomie noch Serum injicirt; diese genasen. Für das 4. Kind, das 3jährig war, konnte kein Serum mehr beschafft werden; dies Kind starb. A. J. BRADY.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

67) **A. C. H. Moll** (Arnheim). **Angina epiglottidea anterior.** *Medisch Weekbl. V. No. 38.*

Ein gesunder Mann, 50 Jahre alt, bekommt, nachdem er sich ein paar Tage unbehaglich gefühlt hat, plötzlich heftigen Halsschmerz, Dysphagie, klossige Sprache und Fieber. Ohne Spiegel war nichts Abnormes, mit demselben eine starke Schwellung und Röthe an der vorderen Epiglottisfläche zu sehen. Antiphlogistische Behandlung. Heilung binnen wenigen Tagen, nachdem dreimal ganz kleine Abscesse an verschiedenen Stellen der vorderen Epiglottisfläche incidirt worden waren. Die Entzündung hatte nur die Epiglottis betroffen; die Zunge war frei und normal beweglich. Aetiologie: vielleicht Influenza. H. BURGER.

68) **Uchermann** (Christiania). **Laryngitis acuta rheumatica circumscripta (nodosa).** Vortrag auf d. XII. internat. Congr. zu Moskau. — *Norsk. Magazin for Lägevidenskaben. S. 1295. December 1897.*

Gestützt auf 4 Fälle beschreibt U. ein Larynxödem, das in Form von begrenzten, sehr empfindlichen, blaurothen, ziemlich festen, bisweilen ödematösen Infiltrationen im Innern des Kehlkopfes auftritt. Dieselben können ein- oder doppelseitige sein, und können die Grösse einer Knackmandel erreichen. Sitzen sie in der Nähe des Crico-arytaenoidal-Gelenkes, so können sie eine Pseudoankylose dieses Gelenkes hervorrufen. Aehnliche Infiltrationen können anderswo in den oberen Luftwegen, ja selbst in dem Ohrgange und auf dem Trommelfell erscheinen. Die Differentialdiagnose, besonders gegenüber Syphilis, ist schwer. Hier kann neben der Anamnese auch die Salicylbehandlung (dagegen Erfolglosigkeit von Jodkali) bestimmend sein.

2 Krankengeschichten folgen. SCHMIEGELOW.

69) **Uchermann** (Christiania). **Ueber Laryngitis rheumatica circumscripta (nodosa) s. g.** *Centralbl. f. innere Medicin. 39. 1898.*

U. resumirt seine Auffassung der rheumatischen Kehlkopfleiden in Folgendem:

1. Die acuten rheumatischen Allgemeinleiden können von rheumatischem Kehlkopfleiden begleitet sein (Crico-arytaenoidealgelenk).

2. Es giebt selbstständige rheumatische Larynxleiden bei Leuten von rheumatischer Constitution oder Disposition, die sich entweder als eine Laryngitis simplex äussern mit starker Empfindlichkeit und Injection, geringer Schwellung der Schleimhaut und keinem Catarrh (Lar. rheum. simplex cf. Ingals, Thorner etc.) oder in Form von Infiltration (Lar. rheumat. nodosa sui generis, Uchermann) oder als eine Laryngitis rheumat. oedematosa. Dieselben Formen kommen im Pharynx vor. SEIFERT.

70) **Sainsbury. Ein Fall von acuter membranöser Laryngitis bei einem Kinde, bei dem die Tracheotomie und Intubation erforderlich wurde. Ausgang in Heilung. (A case of acute membranous laryngitis in a child requiring tracheotomy and intubation. Recovery.)** *Lancet. 8. October 1898.*

16 monatliches Kind erkrankte unter den Erscheinungen der Kehlkopfstenose. Es erhielt 2 mal 10 ccm Serum, ohne dass eine Besserung eintrat. S. machte die Tracheotomie und führte 17 Tage später eine kleine O'Dwyer'sche Tube ein. Das Kind genas. Diphtheriebacillen wurden nicht gefunden. ADOLPH BRONNER.

71) **C. L. Worrale. Membranöse Laryngitis mit Hyperpyrexie durch Malariaintoxication. (Membranous laryngitis with hyperpyrexia from malarial poison.)** *Lancet. 29. October 1898.*

$2^1/_2$ jähriges Kind mit Obstruction des Kehlkopfs. Es wurde die Tracheotomie gemacht und die Symptome verschwanden. Am nächsten Tage bekam das Kind einen Krampfanfall und die Temperatur stieg auf 41°. Das Kind starb am Tage darauf. Es hatte mehrmals Malariaanfälle gehabt. ADOLPH BRONNER.

72) **L. Grimes. Ein Fall von membranöser Tracheitis und Laryngitis ohne das Vorhandensein von Diphtheriebacillen. (A case of membranous tracheitis and laryngitis without the presence of diphtheria bacilli.)** *Lancet. 13. August 1898.*

4 jähriger Knabe in der Reconvalescenz nach Masern, wegen Kehlkopfstenose in das Spital gebracht. Es wurde die Tracheotomie gemacht; der Knabe hustete eine Membran aus. Kreosotöl wurde in die Trachea injicirt. Am 12. Tage konnte die Canüle entfernt werden. ADOLPH BRONNER.

73) **Frankenberger. Acute Laryngitis nach innerem Jodgebrauch.** *Mon. f. Ohr. No. 11. 1897.*

Der Titel besagt Alles. SCHECH.

74) **L. Brin. Tödtliche Kehlkopfzufälle im Verlauf einer antisyphilitischen Cur. (Accidents laryngés mortels au cours du traitement antisyphilitique.)** *Soc. anatom. Paris. p. 93. 21. Januar 1898.*

40 jähriger Mann wegen einer Geschwulst am Schenkel mit Spuren ulcerirter Gummiknoten ins Krankenhaus aufgenommen, bekam Liquor van Swieten und 3–5 g Jodkali p. die. Die Geschwulst verkleinerte sich sehr rasch. Am Ende

der 3. Woche aber trat plötzlich ein heftiger Stickanfall auf; einen Tag später erfolgte eine zweite Krise, die in wenigen Sekunden den Tod herbeiführte. Die Section ergab eine diffuse ödematöse Infiltration des Larynx mit kleinen Eiterpunkten; in der Trachea dicker Eiter. Das Oedem reicht bis in den Rachen hinauf.

A. CARTAZ.

75) **Janssens. Fall von Laryngitis haemorrhagica. (Un cas de laryngite hémorrhagique.)** *Annal. de la Société Méd. Chir. d'Anvers. Juni 1898.*

J. stellte in der Sitzung vom 21. Mai 1898 der Antwerpener Med. Chirurg. Gesellschaft einen Fall von hämorrhagischer Laryngitis vor.

BAYER.

76) **A. Rosenberg. Pachydermia laryngis (Laryng. desquamativa).** *Mon. f. Ohr. No. 6. 1898.*

Ein dem von Stein mitgetheilter ähnlicher Fall, den R. aber als Pachydermie auffasst und ausführlicher mittheilt. R. polemisirt gegen die Bezeichnung Laryng. desquamativa, zumal das Charakteristische die Wucherung und Verhornung des Epithels sei.

SCHECH.

77) **Krieg. Zu dem Aufsatz von Dr. St. v. Stein in Moskau über Laryngitis desquamativa.** *Mon. f. Ohr. No. 12. 1897.*

K. macht darauf aufmerksam, dass er in seinem Atlas der Kehlkopfkrankheiten eine der v. Stein'schen analoge Beobachtung einer harten Warze des Stimmbandes veröffentlicht habe und giebt nochmals eine Abbildung derselben.

SCHECH.

78) **H. Kanasugi** (Tokio). **Zwei Fälle von Kehlkopfödem bei Kakke (einer in Japan endemischen Krankheit).** *The Chugai Ijischimpo. 20. Januar 1898.*

1. Fall: 49jähriger Mann leidet seit 2 Monaten an Herzpalpitationen und Athembeschwerden; nach Besserung dieser Symptome bleibt Mattigkeit und Appetitlosigkeit; seit 10 Tagen wieder Herzpalpitationen, Husten mit Auswurf, Heiserkeit, Schluckbeschwerden; seit einigen Tagen Oedem und Parese der unteren Extremitäten.

2. Fall: 50jähriger Mann leidet seit 1 Monate an Herzpalpitationen, Athem- und Schluckbeschwerden. Laryngoskopisch findet Verf. ödematöse Anschwellung der Schleimhaut der Epiglottis, der Aryknorpel, aryepiglottischen Falten und Taschenbänder; durch Diuretica wird Heilung erzielt.

Die Athembeschwerden bei Kakke sind nicht allein auf die Lähmung der Athemmuskel, wie man bis dahin annahm, zurückzuführen, sondern haben auch oft ihren Grund im Larynxödem, weshalb man bei jener Erkrankung nie die laryngoskopische Untersuchung versäumen soll.

OKADA.

79) **Schulz** (Berlin). **Typhusbacillen in der Kehlkopfschleimhaut.** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 34. 1898.*

Landgraf unterscheidet zwei Arten von typhösen Kehlkopfgeschwüren, erstens solche, die durch oberflächliche Epithelnekrosen mit secundärer Einwanderung von Staphylokokken entstehen, und zweitens solche, die aus typhöser In-

filtration adenoider Substanz (hintere Kehlkopfwand, Rückfläche der Epiglottis, Taschenbänder) hervorgehen. In diesen ist die Anwesenheit von Typhusbacillen wohl vermuthet (Landgraf), aber nicht thatsächlich erwiesen (wenn man von einer ganz allgemeinen, vom Verf. citirten Angabe Lucatello's [Berlin. klin. W. 1894] absieht).

Verf. hatte nun Gelegenheit, bei einer in der Charité verstorbenen Typhuskranken typhöse Infiltrate der Larynxschleimhaut histiologisch und bacteriologisch zu untersuchen. Er fand unter den Infiltraten vielfache Anhäufungen von Staphylokokken, an andern Stellen kurze, plumpe Stäbchen in Haufen, oft auch netzartig um die Bindegewebskerne geordnet und den feinsten Faserzügen des Bindegewebes folgend. Diese Stäbchen erwiesen sich bei der Züchtung als echte Typhusbacillen.

ZARNIKO.

80) **Irsai. Fall von Pemphigus laryngis.** *Mon. f. Ohr. No. 1. 1898.*

42jährige schlechtgenährte Frau mit Blase und Schorf an der Epiglottis.

SCHECH.

81) **Alexander Baurowicz** (Krakau). **Zur Aetiologie der sogenannten Chorditis vocalis inferior hypertrophica.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. VII. p. 348. 1898.*

Verf. beobachtete 21 Fälle von Chorditis vocalis inferior hypertrophica; bei 18 von diesen bestanden an anderen Stellen charakteristische skleromatöse Erscheinungen. Bei den 3 Fällen von reiner Chord. voc. infer. hypertroph. wies Verf. sowohl durch Cultur wie durch Färbung der Schnitte Sklerombacillen nach, so dass die Diagnose des primären Kehlkopfskleroms sub forma Chord. voc. inf. hypertr. sichergestellt ward. Die Chord. voc. inf. hypertr. findet sich nur ausnahmsweise bei Tuberculose, bei Lues, bei oder nach Perichondritis; sie stellt nach Verf. in den meisten Fällen nur die Form des Kehlkopfskleroms dar.

F. KLEMPERER.

82) **Kanthack. Die Vertheilung der Leprabacillen in den Geweben und die Entstehung der Riesenzellen bei den leprösen Processen des Kehlkopfs. (Distribution in the tissues of the leprosy bacillus and the histogenesis of giant cells in leprous lesions of the larynx.)** *Transact. Pathol. Soc. 1898. Brit. Med. Journal. 7. Mai 1898.*

K. giebt in der Patholog. Society einen Auszug aus einer Arbeit Bergengrün's, welcher der Ansicht Unna's beitritt, dass die Leprabacillen in den Lymphbahnen sich aufhalten und nur gelegentlich in die Zellen eindringen. Er zeigt, dass die sogenannten Kugeln und Leprazellen Durchschnitte von bacillären Thromben in Lymphgefässen sind. Auf Klatschpräparaten von Kehlkopfgeschwüren fanden sich die Bacillen in unregelmässig gestalteten Schwärmen und nicht in Zellen; auf Schnitten sah man sie in Streifen und Häufchen liegen, die von einem deutlichen Endothel umkleidet waren. Die Riesenzellen des leprösen Larynx stammen von gewuchertem Endothel um die Bacillenthromben; die Präparate erweisen deutlich den continuirlichen Zusammenhang von Endothel und Riesenzellen.

ERNEST WAGGETT.

83) **Emil Mayer. Primärer Lupus des Kehlkopfs. (Primary lupus of the larynx.)** *N. Y. Med. Journal. 8. Januar 1898.*

Abdruck eines Vortrags, gehalten auf dem 19. Congress der American Laryngological Association (vergl. den Verhandlungsber. Centralblatt XV, S. 90).

LEFFERTS.

84) **P. Hellat. Kehlkopftuberculose bei einem Kinde von 3 Monaten.** Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. 1898.

Demonstration des Kehlkopfes von einem 3monatlichen Kinde mit tuberculösen Geschwüren an beiden hinteren Rändern der Schildknorpelplatten. Die Knorpel sind stark nekrotisch.

P. HELLAT.

85) **T. Morris Murray. Ein Beitrag zum Studium der Behandlung der Kehlkopfphthise. (A contribution to the study of the treatment of the laryngeal phthisis.)** *N. Y. Med. Journal. 8. Januar 1898.*

Im Verhandlungsbericht des 19. Congresses der American Laryngological Association (Centralblatt XV, S. 90) bereits referirt.

LEFFERTS.

86) **Goris. Vorstellung zweier Fälle von Thyrotomie wegen beginnender Larynxtuberculose. (Présentation de deux cas de thyrotomie pour tuberculose du larynx au début.)** *La Presse Méd. Belge. No. 7. 1898.*

Vergl. Bericht über die Sitzung vom 18. Juli 1897 der Belg. otolaryngolog. Gesellschaft in Brüssel.

BAYER.

87) **Goris. Entfernte Wirkungen der Laryngotomie wegen Larynxtuberculose. (Résultats éloignés de la laryngotomie pour tuberculose laryngée.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 47. 1898.*

In der Sitzung vom 19. November 1898 der Belg. chir. Gesellschaft stellt G. seine bekannten zwei Patienten mit Laryngotomie wegen tuberculöser Kehlkopfgeschwüre vor, bei deren einem sich infolge der Laryngotomie im Niveau der Wunde eine Hauttuberculose entwickelt hatte, welche nur nach längerer Behandlung zur Heilung gebracht werden konnte.

BAYER.

88) **R. Lake. Schneidende Zange zur Anwendung bei Kehlkopfphthise. (Cutting forceps for use in the treatment of laryngeal phthisis.)** *Lancet. 22. Oct. 1898.*

Eine Doppelcurette, von oben nach unten und gleichzeitig von vorn nach hinten schneidend. Eine Abbildung des bei Mayer u. Meltzer, Great Portland Street, London, angefertigten Instrumentes ist der Beschreibung beigegeben.

ADOLPH BRONNER.

89) **Heermann** (Essen). **Epiglottisdoppelcurette.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngol. Bd. 8. S. 200. 1898.*

Kräftige Doppelcurette zur Abtragung der tuberculös infiltrirten Epiglottis oder eines Theils derselben in einem Stück. Verf. berichtet kurz über 13 derartige Operationen. Das Instrument ist nach dem Vorbild der Landgraf'schen Taschenbandcurette bei Pfau (Berlin) gearbeitet.

F. KLEMPERER.

90) **G. F. Maccoy. Congenitale Kehlkopfstenose. (Congenital stenosis of larynx.)** *Archives of Pediatrics. März 1898.*

Krankengeschichte eines Kindes, das 32 Stunden nach der Geburt starb. Eine Section wurde nicht gemacht.

J. W. SWIFT (LEFFERTS).

91) **Sir Felix Semon. Bemerkungen über einen Fall von congenitaler Membran zwischen den Stimmbändern verbunden mit Colobom des linken oberen Augenlids. (Remarks on a case of congenital web between the vocal cords associated with Coloboma of the left upper eyelid.)** *British Medical Journal. 28. Mai 1898.*

16jähriges Mädchen, das Verf. 1885 sah. Dasselbe hatte von der Geburt an eine schwache und heisere Stimme gehabt, häufig war beim Schreien inspiratorischer Stridor aufgetreten. Im Alter von 7 Jahren besserte sich dieser Zustand, ohne indess ganz zu verschwinden. Die Patientin ist immer heiser geblieben und in der letzten Zeit haben sich auch wieder erhebliche Athembeschwerden eingestellt. Bei der laryngoskopischen Untersuchung sieht man eine röthliche Membran zwischen den vorderen $^3/_4$ der Stimmbänder ausgespannt. Der vordere Rand derselben sieht weiss aus und dicker als der Rest der Membran. Die Bewegungen der Stimmbänder sind normal, bei der Phonation schliessen sie vollständig. Versuche, die Membran mit dem Messer zu durchschneiden, scheitern an der Festigkeit derselben. Verf. benutzt deshalb einen spitzen Galvanokauter und durchbohrt die Membran an zahlreichen Stellen. Der vordere Theil derselben ist mehrere Millimeter dick. Die Membran schrumpft vollständig mit Ausnahme des vorderen subglottischen Theiles. Die Ränder der Stimmbänder werden vollständig glatt.

Verf. giebt einen Ueberblick über die Literatur dieses Gegenstandes und erwähnt mehrere Fälle von Seifert, Poore u. a. Er erörtert auch kurz den Ursprung derartiger membranöser Verwachsungen und betont, dass das gleichzeitige Bestehen des Coloboms in seinem Falle den congenitalen Ursprung des Leidens ausser Zweifel stellt.

ADOLPH BRONNER.

92) **Dworetzky** (Kreutzburg). **Ein Fall von angeborener Luftröhrenfistel.** *Zeitschrift f. prakt. Aerzte. 23. 1898.*

Bei einem 14jährigen Knaben fand sich 1 cm über dem Manubrium sterni, an der Mittellinie des Halses, ein kleiner, etwa pfennigstückgrosser, wie narbig geschrumpfter Hautbezirk, in dessen Mitte ein von einem zarten Häutchen überkleideter Defect. Bei Druck platzt das Häutchen und es entleert sich eine zähe schleimige Masse. Die Sonde kann nur wenige Centimeter weit in die Lichtung des Canales eindringen. Behandlung wurde verweigert.

SEIFERT.

93) **Hedderich. Aneurysma des Truncus anonymus mit Durchbruch nach der Trachea.** *Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1898.*

Das Krankheitsbild war Anfangs ein sehr unbestimmtes, scheinbare Asthmaanfälle mit reichlichem Rasseln wurden immer häufiger, wechselten mit scheinbar chronischer Bronchitis, starker Dyspnoe und leichtem Fieber. Unter Zunahme der Dyspnoe und Erscheinungen der continuirlichen Stenose starb der 38jährige

Patient. Die Section ergab spindelförmige Erweiterung des Arcus aortae, starke Atheromatose; in der Trachea wallnussgrosse Geschwulst, die zwischen zwei Trachealringen durchgebrochen war, auf der Kuppe ein ulceröser Defect; die Geschwulst kam aus dem sackig erweiterten Truncus anon. SCHECH.

f. Schilddrüse.

94) **Parker Syms. Cystischer Kropf mit Operation. (Cystic goitre. Operation.)** *N. Y. Med. Record. 2. April 1898.*

Es gelang Verf., die Cyste ganz zu enucleiren, indem er durch den Mantel der Schilddrüse hindurch schnitt und die Cyste, ohne ihre Wand anzureissen, exstirpirte. Die Heilung verlief ohne Störung; der Pat. erfreut sich vollkommener Gesundheit. LEFFERTS.

95) **Mosse. Heilung eines Kropfes beim neugeborenen Kinde durch Schilddrüsenbehandlung der Mutter. (Cure of goitre in a newborn infant by thyreoid medication of the mother.)** *N. Y. Med. Journal. 7. Mai 1898.*

Das 3 Monate alte Brustkind hatte einen starken zweilappigen Kropf. Auch die Mutter hatte einen solchen ohne Myxödem, aber doch mit merklicher Schwächung des Intellects. Die Mutter erhielt täglich zwei Thyroidtabloids, die etwa 1,35 Schilddrüsensubstanz repräsentirten. Nach $1^1/_2$ Monaten war der Kropf der Mutter und ebenso der des Kindes bedeutend verkleinert. Nach einer zweiten Thyroidperiode war der Säugling vollständig geheilt. LEFFERTS.

96) **Paul Raugé** (Challes). **Die moderne Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Les traitements modernes du goitre exophthalmique.)** *Bulletin méd. 6. März 1898.*

Verf. bespricht kurz die früheren symptomatischen Behandlungsmethoden und wendet sich dann den heutigen zu. Dieselben basiren auf der

1. Schilddrüsentheorie und sind
   a) medicamentöse Therapien, indem entweder Schilddrüsenproducte oder antagonistische Substanzen derselben gegeben werden; oder
   b) chirurgische Therapien (Ligatur der Schilddrüsenarterien oder Operationen an der Thyreoidea selbst: Exothyropexie, Strumectomie, partielle oder totale Thyroidectomie);

oder auf der

2. venösen Theorie. Dazu gehören die verschiedenen Eingriffe (Durchschneidung, partielle oder totale Resection, Ausreissung) am Halssympathicus.

Vergleicht man diese verschiedenen Behandlungsmethoden in Bezug auf ihre Leichtigkeit und ihre Wirksamkeit, so hat eine jede ihre besonderen Indicationen und ihre besonderen Vorzüge; die Sympathicusdurchschneidung zum Beispiel wirkt viel mehr auf das Symptom des Exophthalmus, die Thyroidectomie mehr auf die cardio-vasculären Störungen. Autoreferat.

97) **Geo W. Crary. Der Gebrauch von Nebennierenextract bei Basedow'scher Krankheit. (The use of extract of suprarenal capsule in exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Journal. 16. April 1898.*

Verf. sieht in dem Nebennierenextract nicht ein Specificum gegen Basedow'sche Krankheit, hält es aber für ein therapeutisches Agens, das nach seiner physiologischen Wirksamkeit manchen Symptomen derselben entgegenarbeitet. Das wirksame Princip ist nur in der medullaren Partie der Nebenniere enthalten. Es ist die von Dreyer zuerst im Blut der Vena suprarenalis nachgewiesene Substanz, über die Abel und Crawford u. A. Untersuchungen anstellten und die zu den Pyridinbasen oder Alkaloiden zu rechnen ist.

Verf. berichtet über die Darstellung seines Präparates; er trocknet die frische Drüse auf dem Wasserbad, pulvert sie, extrahirt mit kaltem Wasser, filtrirt und dampft das Filtrat ab. LEFFERTS.

98) **Colin Gray** (Bendigo Victoria). **Bericht über einen Fall von Basedow'scher Krankheit mit Exstirpation der halben Schilddrüse. (Notes on a case of exophthalmic goitre. Removal of half the thyroid gland.)** *Intercolonial Medical Journal of Australia. 20. Mai 1898.*

31j. Frau mit ausgesprochenen Symptomen der Basedow'schen Krankheit. Der rechte Lappen der Schilddrüse wurde entfernt. Dabei wurde zufällig der rechte Recurrens durchschnitten; derselbe wurde später vernäht. Sechs Monate nach der Operation ist die Patientin wieder zu leichter Arbeit fähig; die Palpitationen und die Nervosität haben nachgelassen, der Exophthalmus ist erheblich geringer. Die Stimme ist noch heiser. Ueber den laryngoskopischen Befund ist nichts berichtet. A. J. BRADY.

99) **Jaboulay. Die Dehnung des Vagus. (L'élongation du pneumogastrique.)** *Lyon méd. 17. April 1898.*

Die Dehnung des Vagus kann nach Verf. die bulbären Reizungserscheinungen mildern. Verf. hat sie in einem Falle von Epilepsie mit Aura im Epigastrium mit Erfolg angewendet. In einem Fall von Basedow'scher Krankeit mit Husten wurden die Hustenanfälle unterdrückt. Die Operation ist auch bei gewissen nutritiven Störungen der Lungen angezeigt. Verf. giebt eine genaue Beschreibung der Operationsmethode. A. CARTAZ.

g. Oesophagus.

100) **J. D. Louis. Verstopfung des Oesophagus. (Obstruction of the oesophagus.)** *N. Y. Med. Record. 23. Juli 1898.*

Der die Speiseröhre verstopfende Körper war ein Stück Kartoffel. Da eine Sonde sich nicht durchführen liess, gab Verf. 3,75 Wasserstoffsuperoxyd in der Erwartung, dass dieses bei Verbindung mit dem den Bissen durchtränkenden Speichel eine Gasentwickelung und infolge dessen eine Dislocation des Fremd-

körpers herbeiführen würde. Nachdem 30,0 g genommen waren, war die Versperrung der Speiseröhre vollständig behoben. V. J. SWIFT (LEFFERTS).

101) **Roemheld. Impermeable Aetzstrictur des Oesophagus bei einem 4jährig. Knaben, Heilung durch retrograde Sondirung von einer Gastrotomiewunde aus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 46. 1898.*

Der Titel besagt das Hauptsächlichste. Näheres im Original. SCHECH.

102) **Leichtenstern. Ueber den latenten Oesophaguskrebs.** *Münch. medicin. Wochenschr. No. 34. 1898.*

Die Latenz der Erscheinungen tritt dann ein, wenn der Speiseröhrenkrebs, so gross auch seine Längsausdehnung ist, in der ganzen Länge noch einen kleinen etwa 1 cm breiten Rest der Oesophagusschleimhaut freilässt; durch diese sehr dehnbare krebsfreie Rinne gleiten die Ingesta ohne Hinderniss, ebenso die Sonde. Das Carcinom des Oesoph. macht um so früher Schlingbeschwerden, je früher es die ganze innere Peripherie in Beschlag genommen hat. SCHECH.

103) **Rehn** (Frankfurt a. M.). **Operationen aus dem Brustabschnitt des Oesophagus.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 57. Bd. 4. Heft. 1898.*

Die zwei von Rehn mitgetheilten Fälle (ein Carcinom des Oesophagus und eine hochgradige Strictur durch Verätzung mit Schwefelsäure) zeigen, dass es technisch sehr wohl durchführbar ist, den Oesophagus in seinem Brusttheile freizulegen und etwaige Eingriffe an demselben vorzunehmen. SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Versammlung vom 28. Januar 1898.

Vorsitzender: F. Marsh, F. R. C. S.

F. Marsh: Multiple Papillome des Kehlkopfs.

M. stellt eine Frau in mittleren Jahren vor, die seit 7 Jahren aphonisch ist. An beiden Stimmbändern sieht man je 2 papillomatöse Höcker, ausserdem an beiden Taschenbändern eine Reihe kleinerer Geschwülste. Da die intralaryngeale Operation verweigert wurde, zog man die Thyrotomie in Erwägung. Einstweilen wurde ein Alkoholspray angewendet; der Nutzen desselben war jedoch gering.

Milligan empfiehlt die galvanokaustische Behandlung.

Wyatt Wingrave: Maligne Erkrankung der Mandel bei einem syphilitischen Patienten.

48jähriger Mann, der vor einigen Jahren Syphilis acquirirt hat und seither öfters an Halsaffectionen erkrankt ist. Vor 14 Monaten zeigte sich ein kleines Geschwür auf der Mandel. Die mikroskopische Untersuchung ergab nur eine kleinzellige Infiltration und die Affection ging unter Jodkali bald fast ganz vorüber. Später indessen begann eine Anschwellung der Mandel und eine erneute Untersuchung zeigte in ausgesprochener Weise epitheliomatösen Bau.

Milligan erwähnt einen Fall, bei dem eine Geschwulst, die klinisch durchaus als maligne imponirte, auf Pyoktanininjectionen verschwand.

Potter: Maligne Erkrankung des Kehlkopfs.

Redn. stellt einen älteren Mann vor, der seit 9 Wochen heiser ist und eine maligne Geschwulst der linken Arygegend und des linken Taschenbandes zeigt. Er fragt die Gesellschaft um ihre Meinung bezüglich der Operation.

F. Marsh räth zu operiren, da Zeichen, dass die Erkrankung bereits nach aussen vom Schilddrüsenknorpel vorgedrungen sei, nicht bestehen.

Milligan hält die Operation für berechtigt und empfiehlt die partielle Excision des Kehlkopfs, falls man nach der Thyrotomie die Geschwulst doch ausgebreiteter finden sollte, als es jetzt im Spiegelbild den Anschein habe.

Fayette Ewing: Recidivirende Parotitis bei einem gesunden Kinde.

E. berichtet über den Fall seines 8jährigen Sohnes, der seit seinem 2. Jahre an acuten Anfällen von Schwellung und Spannung in der Parotisgegend leidet. Die Affection tritt in Pausen von 3—12 Monaten auf; sie war mit einmaliger Ausnahme einseitig und verschwindet jedesmal spontan nach 2—3tägigem Bestehen. Die Parotisdrüse selbst scheint dabei nicht afficirt, auch die Lymphdrüsen nicht. E. neigt zu der Auffassung, dass es sich um eine Infection des Stenon'schen Ganges mit entzündlicher Stenose desselben und Anschwellung der Drüse handelt. Der Knabe erfreut sich im Uebrigen vollster Gesundheit.

Versammlung vom 29. April 1898.

(Verhandlungen der Gesellschaft und Journal of Laryngology. Juni u. Juli 1898.)

Vorsitzender: Dundas Grant, M. D. F. R. C. S.

Barclay Baron (Bristol): Cyste der Epiglottis.

Der Pat. ist ein Mann in mittleren Jahren. Symptome bestehen keine, nur klagt der Pat. über eine gewisse Belästigung im Halse, die er auf ein zu langes Zäpfchen zurückführt. An der lingualen Fläche der Epiglottis sitzen zwei Cysten; die eine hat etwa $^1/_2$ Zoll im Durchmesser und ist mit einer dicken Schleimhaut, auf der man erweiterte Gefässe sieht, bekleidet; die andere ist erbsengross.

Wyatt Wingrave hält nach dem langsamen Wachsthum und dem ganzen Aussehen die Tumoren eher für solide Bildungen.

Brown Kelly (Glasgow): Cysten am Boden der Nase.

Redn. stellt 3 eigene Beobachtungen und 9 Fälle aus der Literatur, die von Chatellier, Mc Bride, Dunn, Knapp, Milligan und Zuckerkandl mitgetheilt sind, zusammen. Seine eigenen Fälle sind folgende:

Fall 1. Eine hellgraue, fluctuirende, halbkuglige Hervorragung am Nasenboden unter dem vorderen Ende der rechten Nasenmuschel bei einer 27jährigen Frau. Dieselbe machte keine Symptome und wurde zufällig gefunden. Bei der Punction wurde eine dünne gelbliche Flüssigkeit gewonnen. Zwei Monate später war der Befund der Nase normal.

Fall 2. Ein ganz ähnlicher Zustand, nur etwas stärker ausgebildet, wurde bei einer 58jährigen Frau gefunden, die seit 2 Monaten darüber klagte und bei der eine kaum merkbare Verstreichung der Nasolabialfalte zu constatiren war. Vor 20 Jahren hatte eine harte Schwellung an derselben Stelle bestanden: dieselbe war nach mehrjährigem Bestehen von selbst geborsten, wobei eine gelbliche Flüssigkeit sich entleerte. Die zur Zeit bestehende Cyste wurde vor 3 Monaten incidirt. Bisher ist kein Recidiv eingetreten.

Fall 3. Eine noch grössere Cyste wurde bei einer 32jährigen Frau gefunden. Bei dieser bestand eine deutliche Entstellung des Gesichts und erheblicher Schmerz. Seit mehreren Monaten klagte die Frau über Schmerzen im Gesicht, in der Schläfe und über dem linken Auge. In den letzten 3 Wochen hatte sich der Schmerz besonders im linken Nasenflügel localisirt und seit 1 Woche war an diesem eine allmälig wachsende Schwellung eingetreten. Die Haut am unteren und äusseren Theil des Naseneingangs und die Schleimhaut unter dem vorderen Ende der unteren Nasenmuschel waren stark emporgewölbt. Die prall elastische Geschwulst war unter der Haut und über dem Knochen verschieblich. Bei der Punction entleerte sich eine blassgelbe transparente Flüssigkeit, beim Ausdrücken des Cystensacks auch ein wenig Eiter. Da die eitrige Secretion anhielt, wurde die Cyste selbst durch Incision in der Zahnfleisch-Lippen-Falte excidirt. Die Cyste lag auf dem Periost über den Schneidezähnen und erstreckte sich am Boden des Vestibulum nasi von der Mittellinie bis zum äusseren Rand des Nasenflügels und nach hinten. Die mikroskopische Untersuchung der Cystenwand ergab eine Bekleidung mit cubischem Epithel in einer Dicke von 2—12 Schichten, darunter ein lockeres Bindegewebe. Die Gesammtdicke der Wand betrug 1—2 mm. Am unteren Ende der Drüse fand sich in geringer Ausdehnung ein etwas verändertes Drüsengewebe.

Die gesammten 12 Fälle, die bisher mitgetheilt sind, betreffen Frauen im Alter von 19—58 Jahren. Eine Ursache der Erkrankung ist in der Regel nicht zu ermitteln; in einigen Fällen ist eine acute locale Entzündung vorhergegangen. Die Grösse der Cyste wechselte von Mandel- bis Wallnussgrösse. In mehreren Fällen blieb die Cyste stationär und verursachte nur eine leichte Schwellung unter dem betroffenen Nasenflügel. Innerhalb der Nase zeigt sich ein Bild, wie oben beschrieben; die cystische Hervorragung ist gewöhnlich nur erbsengross; sie wird

niemals so gross, dass sie das Septum erreicht; bei grösserer Ausdehnung breitet sich die Cyste nach den Zähnen hin aus.

Was die Pathogenese dieser Cysten anlangt, so ist zu sagen, dass die ursprüngliche Lage unter der Uebergangsstelle von Haut in Schleimhaut im Vestibulum nasi, sowie die häufig constatirte Intactheit der Zähne, gegen jeden Zusammenhang der Affection mit den Zähnen sprechen. Auf der anderen Seite muss berücksichtigt werden, dass an der Stelle der Cysten die Oberkiefer- und die mittleren Nasenfortsätze zusammenstossen. Redn. hat die histologischen Verhältnisse des Nasenbodens und der benachbarten Gewebe an einer Reihe von Personen untersucht. An einem Sagittalschnitt sieht man, dass die den Nasenboden auskleidende Membran in der eigentlichen Nase selbst fast in ihrer ganzen Dicke aus Drüsengewebe besteht; wenn man nach vorn kommt, nimmt, je mehr man sich dem Nasenflügel nähert, die Membran um so mehr nach der Tiefe zu, die Drüsen drängen sich in einzelne breite, scharf abgegrenzte Häufchen zusammen und dazwischen tritt Bindegewebe. Aus diesen tief gelegenen Drüsen führen lange Gänge nach oben und öffnen sich an der Oberfläche, deren Charakter zwischen Haut und Schleimhaut die Mitte hält. An manchen Präparaten sieht man cystenähnliche Erweiterungen dieser langen Gänge. Die Thatsache, dass die Lage dieser langen Gänge mit der der Cysten übereinstimmt, wirft vielleicht einiges Licht auf den Ursprung der letzteren. Das frühe Erscheinen der Cyste am Boden der Nase, woselbst sie nur eine geringe Ausdehnung gewinnt, und ihre weitere Ausbreitung nach unten zu lassen sich durch die feste Anheftung der Schleimhaut erklären.

Redn. hält nach Allem die beschriebenen Gebilde für Retentionscysten der Drüsenausführungsgänge, wahrscheinlich verursacht durch einen Verschluss der letzteren infolge entzündlicher Vorgänge. Das übereinstimmende klinische Bild und der gleichmässige, wenn auch bisweilen unterbrochene Entwicklungsgang der Erkrankung stempelt diese Cysten zu einer besonderen Affection.

Wyatt Wingrave erkennt die Berechtigung der von Kelly vorgetragenen Anschauungen an, macht aber auf den Stenson'schen und den Scarpa'schen Canal, sowie das Nicolson'sche Organ aufmerksam, die vielleicht auch von Bedeutung sind.

Wyatt Wingrave: Fibrom des Stimmbandes.

Vorstellung einer 68jährigen Frau, der Redn. vor 6 Monaten ein Stimmbandfibrom entfernt hat: bisher kein Recidiv.

Wyatt Wingrave: Angiofibrom des Stimmbandes.

32jähriger Mann mit Recidiv nach partieller Entfernung der Geschwulst.

Dundas Grant: Maligne Erkrankung der linken Tonsille.

Vorstellung der Patientin.

Lennox Browne und Wyatt Wingrave: Drei Fälle von Lupus mit Neutuberculin behandelt.

Fall 1: 35jährige Frau mit ausgebreitetem Lupus der Gaumenbögen, der

Epiglottis und des Larynx oberhalb und unterhalb der Stimmbänder. Während die Patientin 6 Wochen lang täglich curettirt und mit Milchsäure geätzt wurde, bekam sie gleichzeitig 25 Injectionen von Neutuberculin. Die Injectionsstellen zeigten leichte Entzündung. Die injicirten Dosen betrugen $^1/_{500}$ bis 1 mg der festen Substanz. Nach den grösseren Dosen trat eine sehr erhebliche Reaction (Allgemeinstörung und Fieber) ein. Das Gesammtresultat ist gut; ob aber die Injectionen an demselben Theil haben, lässt sich nicht sagen.

Fall 2: 14jähriges Mädchen mit ausgedehntem Lupus an Nase, Gaumen, Zunge, Schlund, Epiglottis, Taschenbändern und Arygegend. Im Ganzen wurden über 50 Injectionen gemacht; die Dosen stiegen von $^1/_{500}$ bis 3 oder 4 mg der festen Substanz. Die Patientin gewann eine vollständige Toleranz für das Mittel, das überhaupt keine Reaction mehr hervorrief. Das Endresultat der Behandlung ist nicht besser, als man es gewöhnlich durch die chirurgische Therapie, die geübt wurde, erzielt.

Fall 3: 14jähriger Knabe mit Lupus der äusseren Nase erhielt 50 Injectionen bis zu 4 mg, ohne dass ein günstiger Einfluss auf die Erkrankung bemerkbar wurde.

Die Verff. können danach nur sagen, dass die Anwendung des Neutuberculins keinen Schaden bringt; von einem Nutzen aber haben sie nichts gesehen.

Dundas Grant erwähnt einen Fall von Heron, in welchem das Mittel auf einen Lupus der Wange günstig einwirkte.

Stoker: Die Aetzung durch Sonnenstrahlen.

Redn. stellt einen Fall von Ulcus rodens der Nase und einen Lupus faciei vor, die mittelst concentrirter Sonnenstrahlen behandelt wurden. Der Gedanke, der dieser Therapie zu Grunde liegt, ist die Zerstörung der Mikroorganismen durch die Sonnenstrahlen. Versuche an Bakterien, die in rohem Fleisch in verschiedener Tiefe eingebettet waren, ergaben ermuthigende Resultate. Neben der Einwirkung der Sonnenstrahlen wandte Redn. noch Wasserstoffsuperoxyd an, um die Regeneration des gesunden Gewebe zu begünstigen. Zur Sammlung der Sonnenstrahlen benutzte er eine biconvexe Linse mit einer Brennweite von 4 Zoll.

Stoker stellt weiterhin ein 17jähriges Mädchen vor, das seit mehreren Jahren im Anschluss an Drüsenvereiterung Geschwüre am Halse hatte. Er hat dieselbe mit Wasserstoffsuperoxyd behandelt und jetzt sind alle Geschwüre glatt geheilt.

Vinrace und Wingrave kritisiren das Stoker'sche Verfahren und halten die Zerstörung der Bakterien durch Sonnenstrahlen für bisher noch nicht erwiesen. George Reid glaubt wohl, dass die hemmende Wirkung des Lichts auf das Bakteriumwachsthum durch das tiefe Eindringen der im Focus gesammelten Sonnenstrahlen wirksam gesteigert wird.

Ernest Waggett.

b) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte in Köln.

III. Sitzung am 17. April 1898.

I. Röpke (Solingen): Die Radicaloperation bei chronischen Verschleimungen und Eiterungen der oberen Nasennebenhöhlen. (Referat in Heft XI. No. 25. pag. 535.)

Discussion: Hofmann hat häufig Fälle von chronischen Stirnhöhleneiterungen durch einfache Aufmeisselung etc. und Anlegen einer weiten Abflussöffnung nach der Nase (Draineinlage) zur Heilung gebracht.

Lieven empfiehlt einfache Eröffnung, Tamponade (Jodoformgaze von der Stirnhöhle nach der Nase) und sofortigen Schluss der Hautwunde, besonders bei acuten Empyemen; er bevorzugt das Jansen'sche Verfahren.

II. Lenzmann (Duisburg):

1. Bericht über einen Fall von allgemeiner Sepsis im Anschluss an einen Furunkel des Naseneingangs; trotz frühzeitiger tiefer Incisionen in die inficirten Weichtheile trat am 5. Tage der Erkrankung Exitus ein. Die bakteriologische Untersuchung ergab reichliche Haufen von Staphylokokken. L. ist der Ansicht, dass in diesem Falle vielleicht ein noch frühzeitigeres energisches Eingreifen (sofortige Amputation der Nase!) von Erfolg gewesen wäre, dass aber diese Maassnahme praktisch natürlich unausführbar war.

2. Bei einer 26jährigen, durchaus gesunden Patientin stellte sich 3 Wochen nach einer Zahnextraction ein schnell um sich greifendes Geschwür der Mundschleimhaut und Unterlippe mit harter Infiltration ein, das sich als tuberculös erwies. Trotz frühzeitiger Anwendung von reiner Milchsäure und Thermokauter ging das Geschwür nicht zurück; nach 3 Monaten zeigte sich Infiltration der rechten Lungenspitze, die unter hektischem Fieber weiterschritt und nach weiteren 3 Monaten den Exitus letalis herbeiführte. L. nimmt an, dass primäre Tuberculose der Mundhöhle (Infection von der Zahnfleischwunde aus) vorgelegen hat. L. bezweifelt nach dieser Erfahrung die Wirksamkeit der Milchsäure bei tuberculösen Larynxgeschwüren.

Blumenfeld beobachtete ähnlichen Fall, ist aber in Bezug auf Therapie der Kehlkopfphthise weniger skeptisch.

Lieven betont zu Fall 1 die Nothwendigkeit der Untersuchung auf Zucker bei jeder Furunculose; er beobachtete bei einem Diabetiker im Anschluss an einen Furunkel Vereiterung der Submaxillardrüsen.

Kronenberg erinnert an einen von Destot beschriebenen, dem Lenzmann'schen ähnlichen Fall.

III. Guye (Amsterdam): Ueber die Plica vestibuli und das Ansaugen der Nasenflügel. (Referat in Heft X. No. 25. p. 489.)

IV. Neuenborn (Crefeld): Stenose der Luftwege (mit Krankenvorstellung).

Bei dem 61 Jahre alten Patienten trat im Anschluss an Influenza Dyspnoe mit starkem Stridor auf, so dass Tracheotomie nothwendig wurde. Es handelte sich um Ansaugung der sehr grossen Seitentheile des Kehldeckels bei jeder Inspiration in Folge von Lähmung der Musculi ary-epiglottici.

Die Lähmung ging nach der Tracheotomie zurück.

V. Kronenberg (Solingen): Stenose der oberen Luftwege aus eigenartiger Ursache.

1. Fall von Fremdkörper in der Trachea, der Pseudocroup vortäuschte. Bei der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen zeigte sich der Fremdkörper, ein Cravattenhäkchen, unter dem rechten Stimmband und wurde durch Tracheotomie entfernt.

2. Bei einem 5jährigen, schlecht genährten, neuropathisch stark belasteten Knaben traten während des Schlafes beängstigende Erstickungsanfälle ein, die trotz Beseitigung reichlicher adenoider Vegetationen fortbestanden. K. sieht die Ursache in einem Zurücksinken des Mundbodens (Zungenbasis etc.) in Folge von Erschlaffung dieser Theile nach Ausschaltung der Willensthätigkeit; die Erscheinungen schwanden, wenn man den Kiefer nach vorn schob (wie bei der Narkose). Durch Tragen eines Apparates, mittelst welchem der Kieferwinkel nach vorn geschoben wurde und Allgemeinbehandlung (Galvanisation etc.) liessen die Anfälle nach. K. meint, dass es sich um eine Art Kohlensäure-Narkose gehandelt habe.

VI. Hopmann (Köln):

1. Vorstellung eines wegen einer Wucherung des Kehlkopfeinganges durch Thyreofissur operirten Mädchens.

Es handelt sich um ein kirschengrosses gutartiges Adenofibrom in Form eines Papilloms, d. h. Taschenbandwucherung unter Bildung von Papillen an der freien Oberfläche. Beim Versuch der Operation auf endolaryngealem Wege war ein asphyktischer Anfall aufgetreten, der sofortige Tracheotomie nothwendig machte. 14 Tage später wurde die Geschwulst, die den Kehlkopfeingang ganz ausfüllte, durch Thyreofissur entfernt, die Geschwulst nahm das Gebiet des linken Ventrikels und Taschenbandes bis zur hinteren Kehlkopfwand ein und erstreckte sich in das linke Stimmband, das bei der Operation durchschnitten werden musste; eine später beginnende Narbenstenose wurde durch Einlegen Schrötter'scher Bougies mit Erfolg behandelt.

Die Stimme ist laut, rauh, etwas heiser.

Spiegelbefund: Ausgedehnte Vernarbung der linken Kehlkopfhälfte und Stillstand des narbig geschrumpften linken Stimmbandes und Aryknorpels (Anchylosis spuria).

2. Zur Operation der Schädelbasisfibrome (mit Vorstellung von 2 Patienten). (Referat in Heft X. No. 46. p. 493.)

3. Vorstellung eines otiatrischen Falles.

VII. Moses (Köln): Ueber Ohrcholesteatom (mit Vorstellung von 2 Patienten). Moses (Köln).

---

c) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.[1])

6. Jahresvereammlung, im Haag, 22. Mai 1898.

In den Vorstand wurden wiedergewählt die Herren Guye, Vorsitzender, Moll, Schatzmeister, Burger, Secretär.

1. W. Posthumus Meyjes (Amsterdam): Ueber die Aetiologie von einigen nasalen Reflexneurosen.

Der vordere Theil der mittleren Muschel und das Tuberculum septi sind die hauptsächlichsten Stellen, von welchen nasale Reflexe ausgehen. Oft wird eine Hypertrophie der unteren Muschel ohne Heilerfolg für das Reflexleiden behandelt; während letzteres dauernd ausheilt, sobald eine mässige Schwellung am vorderen Theil der mittleren Muschel beseitigt wird.

Discussion: Zwaardemaker, Moll, Braat, von der Heide, Pel und Vortr.

2. A. C. H. Moll (Arnheim): Ueber Tuberculom der Nase.

Mittheilung zweier Fälle.

In der Discussion, an der sich auch die Herren Moll, Sasse, Braat und Huysman betheiligen, wird die Wirkung des Phenol sulforiciné besprochen, von dem Herr Cohen Tervaert in einem Fall von Larynx-Tuberculose eine sehr unangenehme Reizung der Schleimhaut erlebte.

3. H. Zwaardemaker (Utrecht): Demonstration von Methoden und neuen Thatsachen aus der experimentellen Phonetik.

Z. hat die graphische Methode der articulatorischen Lautforschung erheblich modificirt und ausgedehnt. Er registrirt die Bewegungen des Unterkiefers, der Lippen und des Mundbodens, und demonstrirt eine grosse Anzahl auf diese Weise erhaltener Curven.

4. H. Burger (Amsterdam): Demonstration von Röntgen-Photographien.

B. demonstrirt eine Anzahl Röntgen-Photographien, welche Scheier (Berlin) der Gesellschaft zugesandt hat. Er verbreitet sich über die Sondirung der Stirnhöhle, welche er einmal in einem Fall, wo die Höhle von aussen eröffnet war, hat demonstriren können.

Discussion: Zwaardemaker.

---

1) Der ausführliche Sitzungsbericht in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde.

5. J. H. Reintjes (Nymegen): A. Demonstration eines Falles von Glandula thyreoidea der Zungenbasis.

Der 25jährige Pat. sprach seit den Kinderjahren, als wenn er einen Kloss im Munde hätte. Seit 3 Jahren wiederholte Blutungen aus dem Munde. Auf der Zungenbasis wurde eine grosse Geschwulst entdeckt. Nachdem Elektrolyse erfolglos angewendet, Exstirpation der Geschwulst nach Tracheotomie und temporärer Spaltung der vorderen Gaumenbögen. Mikroskopisch besteht die Geschwulst aus Schilddrüsengewebe. An der normalen Stelle ist keine Schilddrüse nachweisbar. Seit der Operation geht es dem Pat. schlecht; wahrscheinlich entwickelt sich Myxödem.

Discussion: van Selms, Zwaardemaker, ten Siethoff, Pel und Vortr.

B. Demonstration eines Kranken, bei dem ein Sarcoma plicae ary-epiglotticae entfernt worden ist.

Es ist derselbe Pat., den R. vor 3 Jahren in dieser Gesellschaft demonstrirt hat. Jetzt entwickelt sich ein Recidiv.

C. Demonstration eines Tonsillen-Papilloms und eines Choanalpolypen.

Beide sind stattliche Exemplare.

6. W. Posthumus Meyjes: A. Demonstration eines Patienten mit invertirtem Zahn in der Nase.

Der Zahn sitzt im Nasenboden fest. Das Gebiss ist complet.

Discussion: van Anrooy, Fackeldey.

B. Demonstration von 9 Patienten, bei denen die Radicaloperation des Ohres gemacht worden ist.

C. Demonstration einer Schutzbrille.

Der Apparat beschirmt die untere Hälfte des Gesichtes gegen Anhusten.

7. P. J. Zaalberg (Amsterdam): A. Demonstration zweier Fälle von radicaler Mastoidoperation.

B. Demonstration eines Falles von fortwährender Heiserkeit und Halsschmerzen, durch Sprechübungen geheilt.

Der Titel deckt den Inhalt.

Discussion: Posthumus Meyjes, Burger, Zwaardemaker.

8. H. Braat (Arnheim): Behandlung von Ozaena mit interstitieller Elektrolyse.

Von 15 Patienten sind 5, resp. in 3, 7, 5, 8 und 6 Sitzungen geheilt. In allen Fällen, wo die Methode wirksam war, trat der Heilerfolg bereits sehr rasch auf. Die Methode verdient grössere Anerkennung. B. demonstrirt zwei geheilte Patienten.

Discussion: Moll, van der Wey.

9. A. C. H. Moll: Carcinoma laryngis.

M. berichtet über einen Fall von Stimmbandcarcinom bei einem 69jährigen Manne, wo die Diagnose Carcinom durch zweimalige mikroskopische Untersuchung sichergestellt war, und wo die Neubildung auf endolaryngealem Wege vollständig entfernt wurde. Seit einem Jahre ist noch kein Recidiv aufgetreten.

Der zweite Fall betrifft ein Carcinom der Plica ary-epiglottica und der Epiglottis, welches durch Laryngotomia subhyoidea und Exstirpation der Geschwulst sowie der halben Epiglottis dauernd geheilt wurde.

Discussion: van der Heide, ten Siethoff, von Leyden, Cohen Tervaert und Vortr.

10. G. D. Cohen Tervaert (Haag): A. Demonstration eines Patienten mit intralaryngealer Luftcyste.

Der Pat. ist von T. in der vorjährigen Versammlung demonstrirt worden. Die damals bestehende Blase hat er mit der Glühschlinge abgeschnürt. Jetzt findet sich an Stelle der Blase in der linken Seitenwand eine kleine Oeffnung, welche in den Ventrikel führt. Es ist jetzt klar, dass in der linken Kehlkopfwand ein Tumor sitzt, welcher die mediane Verdickung verursacht und im Sinus pyriformis prominirt.

B. Demonstration von zwei Patienten mit abnormer Arteria phar. ascendens.

Beide Patienten zeigen eine deutliche Pulsation in der seitlichen Rachenwand.

Discussion: Posthumus Meyjes.

11. E. G. A. ten Siethoff (Deventer): Ueber Ménière'sche Krankheit.

S. führt aus, dass die Ménière'sche Krankheit eine Gruppe von Reflex-Erscheinungen darstellt, welche sehr oft mit den halbcirkelförmigen Canälen nichts zu thun haben. Sehr oft geht der Reflex von der Nase, namentlich vom hinteren Theil der mittleren Muschel aus. S. hat 19 Fälle von Ménière'scher Krankheit von der Nase aus behandelt, und sämmtlich geheilt.

Discussion: Posthumus Meyjes, Pel, Moll und Vortr.

12. A. A. G. Guye (Amsterdam): Ueber die Plica vestibuli und das Ansaugen der Nasenflügel.

G. empfiehlt in Fällen von Ansaugen der Nasenflügel das Einlegen kleiner Kautschuckringe, mit denen seine Patienten immer sehr zufrieden gewesen. Er demonstrirt die abweichenden Verhältnisse der Plica an mehreren Affenköpfen.

13. P. K. Pel (Amsterdam): Ein Fall von angeborener Larynxstenose.

Ein Kind von 9 Wochen mit allen Zeichen von laryngealer Stenose.

14. M. Bolt (Groningen): Ein Fall von Parotisfistel.

Seit längerer Zeit läuft aus dem einen Ohre Speichel ab. Dennoch ist im Gehörgang und am Trommelfell nichts Abnormes zu entdecken.

15. A. A. G. Guye: Demonstration von conischen Canülen für die Kieferhöhle.

Canülen für die Durchspülung des Antrum nach Eröffnung in der Alveole.

16. W. Posthumus Meyjes: Ein Fall von vermuthlicher Pneumatocele der Stirnhöhle.

Bei dem 18jährigen Pat. entwickelte sich, nachdem früher eine Ethmoiditis chronica durch locale Behandlung geheilt worden war, eine progrediente Vorwölbung der rechten vorderen Stirnhöhlenwand. Nach Eröffnung derselben wurde die Höhle durchaus leer und die Schleimhaut derselben normal befunden. Die Knochenwand war äusserst dünn. Die Communication der Höhle mit der Nase zeigte sich nach der Operation gänzlich frei. H. Burger.

III. Briefkasten.

Das Stiftungsfest der Berliner laryngologischen Gesellschaft.

Am 24. Februar d. J. hatte sich der grössere Theil der Mitglieder der Berliner laryngologischen Gesellschaft mit ihren Damen sowie eine beträchtliche Anzahl von Gästen im neuen Künstlerhause versammelt, um das zehnjährige Bestehen derselben durch ein Festmahl zu feiern.

Der Vorsitzende, Herr Geheimrath Fränkel, hielt den Kaisertoast. Darauf berichtete Herr Heymann, gleichzeitig auf die Thätigkeit der Vereinigung einen kurzen Rückblick werfend, über ihre Entstehung und schloss mit einem vivat crescat floreat auf dieselbe.

Herr Peltesohn dankte dem Vorstande für seine bisherige mühevolle und umsichtige Thätigkeit und brachte auf denselben, insbesondere auf den Vorsitzenden ein Hoch aus.

Herr Dr. Fischenich (Wiesbaden) überbrachte die Glückwünsche der Vereinigung süddeutscher Laryngologen und Herr Professor Okada die der laryngologischen Gesellschaft in Tokio; beiden Herren dankte der Präsident im Namen der Jubilarin.

Darauf toastete Herr A. Rosenberg auf die Gäste, als deren Vertreter Herr Professor Gluck in sehr launiger Weise für ihre Einladung dankte.

Herr Dr. Peyser hielt einen sehr ansprechenden und erheiternden Toast auf die Damen.

Glückwunschtelegramme und briefliche Gratulationen waren eingegangen von den Herren Prof. Stoerk (Wien), Prof. Sir Felix Semon (London), Dr. Victor Lange (Copenhagen), Hofrath Dr. Beschorner (Dresden) u. v. a.

Auf einer von Herrn Flatau launig und hübsch entworfenen und künstlerisch ausgeführten Tischkarte wurden die kulinarischen Genüsse des Abends verrathen und eine mit Witz und Satire gespickte Festzeitung — chorda vocalis salsa, d. i. eine gesalzene Stimmlippe —, aus deren reichem Inhalt der „Redacteur" viel lustiges vortrug, erheiterte und hob die Stimmung der Versammlung, die ein von demselben Verfasser angefertigtes Tafellied mit Verve sang, das von den Freuden und Leiden des Laryngologen zu erzählen wusste.

Herr Dr. Aronsohn (Nizza) liess der laryngologischen Gesellschaft eine von dem Bildhauer Herrn Reinhold (Berlin) angefertigte Büste ihres Vorsitzenden, Herrn B. Fränkel, als Geschenk überreichen.

Nach dem Mahle wurde von einigen jüngeren Collegen eine Festmimik fast vollendet dargestellt, die Herr Dr. Peyser mit reichem Witz, vielem Humor und mannigfachen Anspielungen auf Vorkommnisse in den Verhandlungen der Gesellschaft gedichtet hatte und die er mit dem vielsagenden Titel: „Larynxschwindel, eine acute Alkohol-Intoxication in 1 Akt von Risorius Santorini" versehen hatte. Die Hauptrolle in derselben spielte „Dr. Fritz Muschelbrenner, Specialarzt für Hals- und Nasenleiden in Berlin, z. Z. etwas schwindlig".

Ein flotter und gemüthlicher Tanz hielt die Gesellschaft bis lange nach Mitternacht zusammen.

Sechste Versammlung süddeutscher Laryngologen.

Heidelberg, 3. April 1899.

Tagesordnung:

I. Sonntag, den 2. April:

Abends 8 Uhr: Zusammenkunft und gegenseitige Begrüssung im Grand Hôtel.

II. Montag, den 3. April:

3/4 8 Uhr: Ausschuss-Sitzung.

Von 8—1 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung im Hörsaale der medicinischen Klinik (akad. Krankenhaus).

3/4 2 Uhr: Gemeinsames Mittagsmahl (mit Damen) im Grand Hôtel.
Nach dem Essen bei günstigem Wetter gemeinschaftlicher kleiner Ausflug in die nächste Umgebung Heidelbergs.

Abends 8 Uhr erbittet sich Prof. Jurasz die Ehre, die Theilnehmer zu einer gemüthlichen Zusammenkunft in seinem Hause zu empfangen.

Angemeldete Referate, Vorträge und Demonstrationen.

1. Referat: Avellis (Frankfurt a. M.): Stimmermüdung und Stimmhygiene.
2. Eulenstein (Frankfurt a. M.): Demonstration einer Röntgenaufnahme bei rechtsseitiger Recurrenslähmung.
3. Eulenstein (Frankfurt a. M.): Demonstration eines pathologischen Präparates.
4. Seifert (Würzburg): Tuberculose des Thränennasen-Canales.
5. Siebenmann (Basel): Zur Behandlung der Sinuitis maxillaris chronica durch Resection der medialen Kieferhöhlenwand.
6. Killian (Freiburg i. B.): Kleinere Mittheilungen und Demonstrationen.
7. Winckler (Bremen): Zur Behandlung der Stirnhöhleneiterung.
8. Schäfer (Neustadt a. H.): Demonstration eines Aneurysma der Arteria pharyngea ascendens.

9. Killian (Worms): Multiple Hirnnervenlähmung (mit Demonstration).
10. Killian (Worms): Zur Pathologie des Ductus lingualis (mit Demonstration).
11. Jens (Hannover): Ueber die Stellung der Aryknorpel beim Singen.
12. Proebsting (Wiesbaden): Demonstration eines Präparates von Thymushyperplasie bei einem an inspirator. Stridor gestorbenem Kinde.

Einundsiebenzigste Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

München, 18.—23. September 1899.

München, im März 1899.

Sehr geehrter Herr!

Der unterzeichnete Vorstand der Abtheilung für

Nasen-, Mund- und Kehlkopfkrankheiten

giebt sich die Ehre, die Herren Fachgenossen zu der vom 18. bis 23. September hier stattfindenden Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte ganz ergebenst einzuladen.

Da den allgemeinen Einladungen, die Anfangs Juni zur Versendung gelangen, bereits ein vorläufiges Programm der Versammlung beigefügt werden soll, so bitten wir, Vorträge und Demonstrationen spätestens bis Ende April bei einem der Unterzeichneten anmelden zu wollen.

Es liegt in der Absicht der Geschäftsführung, dem in den letzten Versammlungen hervorgetretenen Wunsche auf Beschränkung der Zahl der Abtheilungen dadurch gerecht zu werden, dass sie versuchen wird, thunlichst einzelne Abtheilungen zu gemeinsamen Sitzungen zu vereinigen.

Indem wir um Ihre Unterstützung bei diesen Bestrebungen bitten, ersuchen wir Sie ergebenst, uns Ihre Wünsche in Betreff gemeinsamer Sitzungen einzelner Abtheilungen gütigst übermitteln und Berathungsgegenstände für diese Sitzungen bezeichnen zu wollen.

Endlich wollen wir nicht unterlassen, schon heute mitzutheilen, dass gemäss einer in der letzten Vorstandssitzung der Gesellschaft getroffenen Verabredung einstweilen Mittwoch, der 20. September für gemeinsame Sitzungen jeder der beiden Hauptgruppen freigehalten werden soll. Die für diese Verhandlungen in Aussicht genommenen Gegenstände hofft die Geschäftsführung in Kurzem bekannt geben zu können.

Der Einführende:
Dr. Ph. Schech,
Professor extraordin. für Laryngo-Rhinologie.
Sophienstrasse 2/1.

Die Schriftführer:
Dr. H. Neumayer,
Docent an der Universität,
I. Assistent der laryngo-rhinol. Klinik,
Sonnenstrasse 17/2.
Dr. Fr. Schäfer,
II. Assistent der laryngo-rhinol. Klinik,
Loristrasse 4/3.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, Mai. 1899. No. 5.

I. Referate.

a. Allgemeines, Parotis, Instrumente etc.

1) **R. Mackenzie Johnston** (Edinburgh). **Der Nutzen des Studiums der Hals- und Nasenkrankheiten. (The advantage of studying diseases of the ear and throat.)** *Scottish Med. and Surg. Journ. October 1898.*

Verf. weist den Studirenden nachdrücklich auf die Nothwendigkeit hin, sich die Kenntniss dieser speciellen Zweige der Medicin und Chirurgie anzueignen.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

2) **L. Rénon** und **R. Follet. Doppelseitige Parotitis nach einer Einpinselung von Jodtinctur auf die Haut. (Parotidite double survenue à la suite d'une application cutanée de teinture d'iode.)** *Société méd. des Hôpitaux. 3. Juni 1898.*

51jährige Patientin erkrankte am 2. Tage nach einer Jodeinpinselung der Brust mit Röthung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der linken Parotis. Die rechte Ohrspeicheldrüse entzündete sich in derselben Weise am dritten Tage.

Es handelte sich wahrscheinlich um eine Jodparotitis, obgleich weder im Speichel noch im Urin Jod nachweisbar war. Fälle von Parotitis nach Gebrauch von Jodkali sind nicht selten, wohl aber solche durch Jodtinctur. Die Verff. kennen ausser ihrem Fall nur einen von Guelliot mitgetheilten, in dem die Parotitis nach einer Einspritzung von Jodtinctur in eine Hydrocele sich entwickelte.

PAUL RAUGÉ.

3) **Goldschmidt. Fall von Parotitis epidemica mit tödtlichem Ausgang.** *Münch. med. Wochenschr. No. 34. 1898.*

Ein 39jähriger Pat. bekam einige Tage nach Ausbruch einer Parotitis sehr hohes Fieber mit Schweiss und furibundem Delirium, denen er erlag. Bei der Section fand sich in der Parotis ein kirschkerngrosser Abscess, der die Ursache der Septicämie gewesen war.

SCHECH.

4) **R. Meslay. Tuberculose der Parotis. (Tuberculose de la parotide.)** *Bull. Soc. Anatom. Paris. p. 710. December 1898.*

61jähriger Mann, 1870 in der linken Schläfengegend verwundet. Seit drei Monaten ist in der linken Parotisgegend eine leichte Schwellung bemerkbar, die, ohne Schmerzen zu verursachen, allmälig zugenommen hat. Der Tumor, der jetzt 4 : 5 cm misst, ist über den tiefen Geweben verschiebbar.

Die Geschwulst wird mit der Parotis exstirpirt. Die Enucleation ist schwierig wegen der Rücksicht auf den Facialis. Derselbe wird übrigens unglücklicher Weise zerrissen oder zerschnitten, so dass der Patient, dessen Operationswunde sehr schnell heilt, eine Facialislähmung davon trägt. Die allgemeine Gesundheit bleibt ungestört.

Die Untersuchung des hühnereigrossen Tumors zeigt auf dem Schnitt weissliche, erweichte, käsige Herde, in denen sich Koch'sche Bacillen nachweisen lassen. Die Geschwulst ist also tuberculösen Ursprungs. A. CARTAZ.

5) **Pachon** und **Moulinier** (Bordeaux). **Die Wirkung des Cocains auf das Herz. (Action de la cocaine sur le coeur.)** *Société de Biologie. 21. Mai 1898.*

Die aufgenommenen Curven erweisen:

1. Eine Steigerung des Herztonus.

2. Eine periodische Arythmie, die sich in ganz regelmässigen Phasen abspielt. Die systolischen Contractionen erfolgen in Gruppen von 4, 3 oder 2 Systolen. Nach einer Periode rhythmischer Contractionen folgt eine Verlangsamung des Schlages, die sich bis zum Stillstand des Herzens in Ventrikelsystole steigert. PAUL RAUGÉ.

6) **Fink** (Hamburg). **Orthoform in der Rhino-Laryngologie.** *Die ärztl. Praxis. 20. 1898.*

Orthoform kann das Cocain in der Rhinologie überall da ersetzen, wo an ulcerirten Stellen schmerzhafte Eingriffe vorzunehmen sind, z. B. bei Caries des Siebbeins, die ausgekratzt werden soll. Die betr. Stellen werden vom Sekret gereinigt, Orthoform applicirt und nach 15—20 Minuten der Eingriff vorgenommen. Bei einem tuberculösen Zungengeschwür wurde durch Aufstreuen von Orthoform Nachlass der Schmerzen auf längere Zeit erzielt. Bei ulcerirter Kehlkopftuberculose wird nach wenigen Minuten eine vollkommene Anästhesie erreicht, die 12—15 Minuten anhält. SEIFERT.

7) **Zarniko. Miscellanea rhinologica.** *Mon. f. Ohr. No. 5. 1898.*

Z. polemisirt gegen den Referenten, weil derselbe das Auskochen der Instrumente nicht für absolut nöthig hält und sich mit der Desinfection derselben in 5proc. Carbolsäure nach gründlicher vorheriger mechanischer Reinigung begnügt. Auch die Kehlkopfspiegel und Galvanokauteren werden von Z. ausgekocht.

SCHECH.

8) **Schech. Antwort auf die Miscellanea rhinologica.** *Mon. f. Ohrenh. No. 5. 1898.*

Die antiseptische Behandlung der Instrumente hat sich dem Verf. ebenso gut bewährt, wie Zarniko die aseptische durch Auskochen; auch sind die Acten über

die Asepsis und Antisepsis noch nicht geschlossen, wie Bergmann in dem berühmten Braunschweiger Processe betonte. Autoreferat.

9) **Körner. Das Auskochen der Kehlkopfspiegel.** *Mon. f. Ohr. No. 10. 1897.*

Beste Methode der Reinigung der Spiegel ist das Auskochen derselben in 2proc. Sodalösung, das die Spiegel gut vertragen. SCHECH.

10) **Körner. Noch einmal das Auskochen der Kehlkopfspiegel.** *Mon. f. Ohr. No. 12. 1897.*

Bemerkung, dass schon Flatau und Zarniko dieses Verfahren empfohlen hatten; auch solle man jeden neugekauften Spiegel der Kochprobe unterwerfen und die nicht bestehenden Exemplare dem Händler zurückgeben. SCHECH.

11) **Hopmann. Sterilisirbarer Halsspiegel.** *Mon. f. Ohr. No. 12. 1897.*

Empfehlung seiner in No. 9 der Deutschen medic. Wochenschr. 1894 empfohlenen aseptischen aus der Fassung herausnehmbaren Halsspiegel.

SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **C. Todd. Eine Form von äusserlicher Rhinitis durch Diphtheriebacillen bei Kindern in der Reconvalescenz von Scharlach. (A form of external rhinitis due to the Klebs-Loeffler bacillus appearing in children convalescent from scarlet fever.)** *Lancet. 28. Mai 1898.*

Verf. giebt einen Auszug aus seiner Doctorarbeit (Thesis of Cambridge). Bei 365 Kindern wurde die Krankheit 51 mal beobachtet. Am häufigsten waren die Kinder von 3—4 Jahren betroffen. Die Temperatur zeigte keine Steigerung. Ausser an der Nase kamen pustulöse Ausschläge auch an anderen Körperstellen, die der Infection besonders ausgesetzt waren, vor. ADOLPH BRONNER.

13) **E. P. Collett. Coryza mit offenbarem Ursprung von den Zähnen. (Coryza apparently of dental origin.)** *N. Y. Med. Journal. 3. December 1898.*

Der Fall betrifft einen Arzt, der 3 oder 4 Wochen an hartnäckigem, hauptsächlich einseitigem Schnupfen litt. Die Untersuchung der Nase ergab nichts Besonderes. In der Schläfe, am Backenknochen und später hinter dem rechten Ohre traten neuralgische Schmerzen auf. Die locale Behandlung brachte keine Besserung. Verf. constatirte eine Periodontitis des ersten Praemolarzahns; derselbe wurde extrahirt, ohne dass Eiter gefunden wurde. Am nächsten Tage war die Neuralgie und nach 3 Tagen der Schnupfen verschwunden. LEFFERTS.

14) **H. B. Whitney. Coryza. (Coryza.)** *N. Y. Med. Record. 8. Oct. 1898.*

Rp. Cocain. hydrochlor. 0,12
Menthol 0,24
Ac. borici 1,875
Pulv. Coffeae 0,48.
S. Als Schnupfpulver zu verwenden. LEFFERTS.

15) **Redact. Notiz. Gegen Coryza. (Coryza.)** *N. Y. Med. Record. 8. October 1898.*

Rp. Bismuth. subnitric. 3,75
Camphor trit. 0,6
Ac. borici pulver. 1,8
Morphin. muriat. 0,06
Cocain. hydrochlor. 0,06
Benzoin. pulver. 0,9.
S. Als Schnupfpulver zu gebrauchen.

LEFFERTS.

16) **Naegeli-Akerblom. Coryza bei Kindern. (Coryza in infants.)** *N. Y. Med. Record. 17. December 1898.*

Rp. Cocain. muriatic. . . . 2 Theile,
Aqu. destill. . . . . 50 „
Glycerin . . . . 50 „
M. D. S. 3 oder 4mal am Tage 1 Tropfen in jedes Nasenloch zu instilliren.

LEFFERTS.

17) **T. T. Purkitt. Rhinitis. (Rhinitis.)** *N. Y. Medical Record. 8. October 1898.*

Rp. Guajacol 3,75
Menthol 0,66
Cocain. hydrochlor.
Camphor. ana 1,2
Glymol 120.
S. 3stündlich mit dem Spray in Hals und Nase einzustreuen.

LEFFERTS.

18) **W. E. Casselberry. Atrophische Rhinitis; ihre Natur und Symptome. (Atrophic rhinitis. Its nature and symptoms.)** *N. Y. Med. Journ. 20. November 1897.*

Vergl. den Verhandlungsbericht des 19. Congresses der American Laryngological Association (Centralbl. XV. p. 88).

LEFFERTS.

19) **Alfred Rundström** (Stockholm). **Klinische Untersuchungen über die Aetiologie der Ozaena. (Kliniska undersökningar öfver ozönans etiologie.)** *Hygiea. Mai 1898.*

Der Verf. giebt zuerst eine Uebersicht über die seit Celsus bis heute vertretenen Anschauungen über das Wesen der Ozaena. Er theilt dann 24 Krankengeschichten von Ozaenakranken ausführlich mit (Serie A) und bespricht im Anschluss daran 15 Fälle von chronischer purulenter Rhinitis (Serie B) verschiedener Art.

a) Er findet bei allen Ozaenakranken, dass das Secret den Kapselbacillus Friedländer's enthält. Der Bacillus wird rein gezüchtet und es zeigt sich:

1. Dass das Aussehen der Culturen (sowohl von Agar-Agar als von Gelatineplatten) dem des Pneumobacillus ähnlich ist;

2. der Ozaenabacillus wächst gerade wie der Pneumobacillus in Gelatine-Stichculturen;
3. er zeigt dasselbe morphologische Aussehen und dieselbe Grösse; er wird ebenfalls nach Gram entfärbt;
4. er zeigt dieselben pathogenen Eigenschaften (tödtet weisse Mäuse, aber nicht Kaninchen und Meerschweinchen);
5. er coagulirt die Milch nicht;
6. in zuckerhaltigen Medien entwickelt er Gas.

Mit anderen Worten, dieser Kapselbacillus ist in keiner Weise von dem Friedländer'schen Bacillus verschieden, eine Auffassung, die von Loewenberg, Abel und Marano bestritten ist.

b) Dieser Kapselbacillus wird nicht ausschliesslich bei Ozaenapatienten angetroffen, da Verf. ihn sehr häufig bei anderen foetiden Rhinitiden (Serie B) gefunden hat.

c) Von seinen klinischen Beobachtungen ausgehend kann Verf. nicht der Meinung Stoerk's beipflichten, dass die hereditäre Syphilis eine ätiologische Rolle bei der Ozaena spielt.

SCHMIEGELOW.

20) **Chauveau. Ozaena bei einem Kind von 51 Monaten, mit laryngo-trachealen Complicationen und letalem Ausgang. (Ozène chez un enfant de 51 mois, complications laryngo-trachéales, mort.)** *Journ. de clin. et therap. infant. 6. Oct. 1898.*

51 monatl. Kind mit hörbarer Athmung, zeitweise mit Stridor, ohne Störung der allgemeinen Gesundheit. Die Athmung bessert sich, wenn das Kind einige Krusten expectorirt hat. C. constatirt Ozaena der Nase und des Laryngo-Trachealrohrs. Die Mutter und eine Tante des Kindes leiden an atrophischer Rhinitis. Kurze Zeit darauf stirbt das Kind ganz plötzlich im Schlafe. Die Section ist nicht gemacht.

A. CARTAZ.

21) **Gradenigo. Ueber die Behandlung der Ozaena.** *Mon. f. Ohrenh. No. 10. 1897.*

G. empfiehlt im Hinblick auf diphtherische Zustände bei Ozaena intramusculäre Injectionen von 1—3 cg Jod alle 2—3 Tage. Die Injectionen sind schmerzhaft, aber die Besserung des Nasenleidens sehr ermuthigend.

SCHECH.

22) **W. P. Porcher. Quecksilber bei der Behandlung der atrophischen Rhinitis. (Mercury in the treatment of atrophic rhinitis.)** *N. Y. Med. Journal. 6. August 1898.*

P. berichtet über einen Fall, der wahrscheinlich nicht-syphilitischen Ursprungs war und der durch eine bis zur Salivation getriebene Schmiercur anscheinend geheilt wurde.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

23) **Cheval. Serotherapie bei Ozaena. (Sérothérapie dans l'ozène.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 3. 1898.*

Analyse der Arbeit Lombard's über diesen Gegenstand.

BAYER.

24) **Cathelin. Ein Fall von Ozaena geheilt durch Diphtherieserum. (Un cas d'ozène guéri par le serum antidiphthérique.)** *Echo médical du Nord. 13. November 1898.*

$20\frac{1}{2}$jähriger Patient, seit 6 Monaten an einem schrecklichen Geruch aus der Nase mit Entleerung von Krusten und grünlichem Schleim leidend. Die rhinoskopische Untersuchung ergiebt keine Atrophie der Muscheln. C. verordnet ausser Ausspülungen mit 2proc. Carbolwasser, 2 Liter täglich, dreimal in der Woche eine Injection von 5 g Diphtherieserum. Am Ende von 2 Monaten wird nur noch 1 Injection von 10 g die Woche gemacht. Nach 6 Monaten ist die Nase geruchlos und der Kranke geheilt. Im Ganzen waren 315 ccm in 6 Monaten verbraucht worden.

A. CARTAZ.

25) **Siefert. Fötide Rhinitis. (Fetid rhinitis.)** *N. Y. Medical Record. 17. December 1898.*

Salol 3,75
Ac. boracici 1,875
Ac. salicyl. 0,42
Thymol 0,18
Talci q. s. ad 60,0.
M. D. S. Abends und Morgens aufzuschnupfen.

LEFFERTS.

26) **Geo. E. Shambaugh. Eiterausfluss aus der Nase; seine klinische Bedeutung und differentielle Diagnostik. (Purulent discharge from the nose; clinical significance and differential diagnosis.)** *N. Y. Medical Record. 26. November 1898.*

Eitriger Ausfluss aus der Nase kommt bei Erkrankungen der Nase selbst, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraums als sehr häufiges Symptom vor. Verf. bespricht die einzelnen Erkrankungen und ihre Differentialdiagnose eingehend. In manchen complicirten Fällen von Nebenhöhlenerkrankung ist die Diagnose nicht in einer Sitzung möglich, sondern erst im Laufe längerer Beobachtung zu stellen.

LEFFERTS.

27) **Lambert Lack. Die fibrinöse oder membranöse Rhinitis und ihre Beziehung zur Diphtherie. (Fibrinous or membranous rhinitis and its relation to diphtheria.)** *Medico-Chir. Soc. Trans. 1898. Brit. Med. Journ. 29. Oct. 1898. N. Y. Med. News. 26. November 1898. N. Y. Med. Record. 26. November 1898.*

Die Krankheit ist ziemlich häufig. Verf. beobachtete sie in 36 Fällen, d. i. bei $2\frac{1}{2}$ pCt. der in seine Klinik aufgenommenen Kinder. Die Krankheit gehört dem Kindesalter an und ist in den Herbstmonaten besonders häufig. Sie nimmt meist einen chronischen Verlauf von 5—8 Wochen. Die Allgemeinsymptome sind gewöhnlich nur sehr gering und fehlen häufig ganz. Lähmungen als Folgekrankheit sind nicht beobachtet worden. Bei 33 Fällen, die Verf. untersuchte, fand er den Klebs-Löffler'schen Bacillus regelmässig, meist in Reincultur, ein paar Mal zusammen mit Eiterkokken, Sarcine u. a. m. Der Bacillus war der lange Diphtheriebacillus und erwies sich als stark virulent für Thiere. Eine vorherige

diphtheritische Angina war nur in 1 Fall nachweisbar. Die Krankheit erwies sich als infectiös; sie führte leicht zu fibrinöser Rhinitis (9 Fälle in 4 Familien) oder zu mild verlaufenden Halserkrankungen (25 Fälle in 11 Familien). Auch wurde der Klebs-Löffler'sche Bacillus im Halse von gesunden Personen, die mit diesen Kindern zu thun hatten, gefunden.

Der Verf. kommt nach allem zu demselben Schluss, den die früheren Autoren gezogen haben, dass die fibrinöse Rhinitis eine milde Form von Diphtherie darstellt.

In der sich anschliessenden Discussion berichtet T. D. Lister über die bakteriologische Untersuchung der Nasenhöhle von 125 Kindern; bei 39 fand sich der Klebs-Löffler'sche Bacillus; von diesen hatten 23 nasalen Ausfluss.

ERNEST WAGGETT.

28) **L. Wroblewski** (Warschau). **Rhinitis caseosa.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VII. p. 229. 1898.*

Verf. berichtet über 3 Beobachtungen. Das nasale Secret ist eitrig, enthält gewöhnlich eine Beimischung von Blut und als charakteristischen Bestandtheil krümlige oder bröcklige käsige Massen, deren fauliger Geruch von dem der Ozaena zu unterscheiden ist. Die Frage, ob das Leiden ein selbständiges ist oder ein Symptom verschiedener Nasen- und Nebenhöhlenerkrankungen darstellt, lässt Verf. offen.

F. KLEMPERER.

29) **J. Molinié. Coryza caseosa verursacht durch einen Schuhknopf in der rechten Nasenhöhle. (Coryza caséeux dû à la présence d'un bouton de bottine dans la fosse nasale droite.)** *Marseille méd. 1. Februar 1898.*

Die Ueberschrift sagt, worum es sich handelt.

A. CARTAZ.

30) **Redact. Notiz. Eine Salbe für syphilitische Coryza beim Neugeborenen. (An ointment for syphilitic coryza in the newborn.)** *N. Y. Medical Journal. 17. September 1898.*

Verf. empfiehlt folgende Salbe:

Calomel 1 Theil,
Vaselin
Lanolin ana 5 Theile.
M. D. S. In die Nase einzureiben.

LEFFERTS.

31) **A. Kuttner** (Berlin). **Die syphilitischen Granulome (Syphilome) der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. p. 272. 1898.*

K. hat 4 Fälle von syphilitischen Granulationsgeschwülsten in der Nase beobachtet. Er bespricht ihre klinischen Erscheinungen, sowie den Befund der histologischen Untersuchung. Beide haben nichts absolut Charakteristisches. In ihrem Bau stehen die Granulationstumoren den Gummigeschwülsten am nächsten. Während diese sich aber nur hügelförmig aus der Schleimhaut erheben, bilden die Granulationsgeschwülste weit emporragende breitbasig oder gestielt aufsitzende Geschwülste. Auch sind die letzteren erheblich beständiger, als die im Centrum gewöhnlich Zerfallserscheinungen zeigenden Gummata. Als Bezeichnung für die

syphilitischen Granulationstumoren, über die Ref. bei Besprechung der Manasse-schen Arbeit (Centralbl. XIV. p. 488) ausführlich berichtet hat, räth der Verf. das Wort Syphilom oder syphilitisches Granulom. F. KLEMPERER.

32) **Redact. Notiz. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Med. Record. 8. October 1898.*

Nasenbluten ist oft ein Zeichen interstitieller Nephritis. Es kommt in allen Stadien dieser Krankheit vor, hauptsächlich am Anfang und gegen Ende derselben. Auch urämische Zustände gehen mit Nasenbluten einher wegen des gesteigerten arteriellen Drucks. Der Urin muss daher in allen Fällen von wiederholtem Nasenbluten untersucht werden, hauptsächlich bei älteren Leuten. Die Beziehung des Nasenblutens zur Apoplexie ist oft erörtert worden. Manche Autoren betrachten es als ein günstiges Ereigniss, indem es die Gefahr des apoplectischen Anfalls abwehren oder doch verringern kann. LEFFERTS.

33) **H. D. Didama. Nasenbluten. (Epistaxis.)**

Nasenbluten, selbst recht heftiges, lässt sich oft stillen durch die Verordnung von 0,06 oder mehr Opium. D. hat dieses Mittel in den letzten 30 Jahren oft angewendet und hat damit Erfolg erzielt, auch wenn adstringirende Injectionen und Tamponade der Nase nichts nutzten. LEFFERTS.

34) **J. Baxter Matthews. Tod durch Blutung infolge von Ruptur der tiefen Gefässe der Nase. (Death from haemorrhage caused by rupture of the deep vessels of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 2. April 1898.*

Als M. Morgens zu dem stark aus der Nase blutenden Patienten gerufen wurde, tamponirte er die rechte Nase erst von vorn und dann, da das Bluten nicht nachliess, mit Hülfe eines weichen Katheters auch von hinten. Aus der linken Nase hatte es nicht geblutet. Um 2 Uhr Nachmittags fand M. den Pat. sehr wohl, die Blutung hatte nicht wieder eingesetzt. Um 4 Uhr wurde er eilends gerufen und fand die linke Seite blutend. Er tamponirte auch diese rasch von vorn und hinten; aber die Blutung stand nicht. Compression, Eis, Eisenchlorid, Ergotol etc. wurden versucht; alles vergeblich. Der Pat. starb durch Verblutung. LEFFERTS.

35) **Redact. Notiz. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Med. Record. 29. Octob. 1898.*

Nachdem die Nase von Blutgerinnseln gereinigt ist, wird eine Glasspritze voll Citronensaft in dieselbe injicirt. Dies Mittel soll die Blutung stillen, wenn alle anderen versagen. LEFFERTS.

36) **Rendu. Recidivirendes Nasenbluten. (Recurrent epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 8. December 1898.*

Antipyrin 0,5
Tannin 1,0
Sacch. pulverat. 10,0. LEFFERTS.

37) **G. Roussan. Benutzung des entgegengesetzten Nasenlochs bei intensivem Nasenbluten zur Erzeugung eines hinteren Gerinnsels. (De l'utilisation de la narine du coté opposé dans les epistaxis intenses pour la production d'un caillot posterieur.)** *Journal des Praticiens. 17. December 1898.*

In einem Fall von sehr hartnäckigem Nasenbluten bei einem 65jährigen arteriosklerotischen Manne tamponirte R. von vorn mit einem in Oxygenwasser getränkten Tampon. Das Blut floss aus der hinteren Oeffnung weiter. R. entfernte deshalb den Tampon und machte wiederholt eine Injection von Gelatineserum. Es bildete sich jedesmal vorn ein Gerinnsel, aber hinten dauerte die Blutung fort. R. liess nun den vorderen Tampon liegen und machte eine Injection von Gelatineserum durch das andere Nasenloch. Sofort stand die Blutung. Nach 24 Stunden konnte die Nasenhöhle gereinigt werden, ohne dass die Blutung wieder eintrat.

A. CARTAZ.

38) **Redact. Notiz. Chronische Nasenrachenraumentzündung. (Chronic rhinopharyngitis.)** *N. Y. Med. Record. 8. October 1898.*

Menthol 3,75
Ol. amydal. dulc. 37,5.
M. D. S. Mit dem Pinsel aufzutragen.

LEFFERTS.

39) **M. Thomas. Strabismus geheilt durch Curettement des Nasopharynx. (Strabismus cured by curettage of the nasopharynx.)** *Presse Med. 29. Oct. 1898. N. Y. Medical Record.*

10jähriges Kind mit Strabismus convergens. Derselbe hatte sich im Anschluss an eine Meningitis entwickelt, die das Kind mit 22 Monaten durchmachte und die einen halb-idiotischen Zustand zurückliess. Nach der wegen adenoider Vegetationen vorgenommenen Auskratzung des Nasenrachenraums verschwand der Strabismus vollständig.

LEFFERTS.

40) **Dandois. Fibröser Nasenrachenpolyp. (Polype fibreux du nasopharynx.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 31. 1898.*

In der Sitzung der Belg. chir. Gesellschaft vom 23. Juli 1898 stellt D. einen Kranken mit einem fibrösen Nasenrachenpolypen vor, welchen er mit Incision des weichen Gaumens zu operiren gedenkt.

BAYER.

41) **Depage. Sarcom der Schädelbasis; Präventivtracheotomie; provisorische Ligatur beider Carotid. int.; osteoplastische Resection des Oberkiefers nach Kocher; Heilung; Krankenvorstellung. (Sarcome de la base du crâne; trachéotomie préventive; ligature provisoire de deux carotides internes; résection ostéoplastique de la machoire supérieure par le procédé de Kocher; guérison; présentation de l'opéré.)** *Bulletin de l'Acad. Roy. de Méd. de Belg. No. 5. 1898. La Presse méd. Belge. No. 25. 1898.*

39jähriger Patient, bei welchem der Tumor — ein Sarcom — die Schädelbasis und ausserdem noch das Nasenrachengewölbe und die vordere Seite des ersten Wirbels einnahm.

Das Uebrige besagt der Titel.

BAYER.

42) **Marcelle. Nasenrachentumor. (Tumeur du naso-pharynx.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 23. 1898. La Clinique. No. 23. 1898.*

Vorzeigen eines Nasenrachenpolypen, welchen Lavisé einem 14jährigen Kinde nach Aufklappen beider Oberkiefer entfernt hatte. Der Tumor wog 60 g und erwies sich als Fibrosarcom.

BAYER.

43) **Lavisé. Nasenrachenpolyp. Exstirpation. Heilung. (Polype naso-pharyngien. Exstirpation. Guérison.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 24. 1898.*

L. stellt in der Sitzung vom 6. Mai 1898 der kgl. Gesellschaft für Natur- und Medic. Wissenschaften einen Patienten vor, welchen er nach dem Kocher'schen Verfahren vermittelst temporärer Resection beider Oberkiefer nach vorausgeschickter Tracheotomie und Einlegung der Trendelenburg'schen Tamponcanüle von einem voluminösen Nasenrachenpolyp befreit hatte.

BAYER.

44) **Lavisé, Depage** und **Debaisieux. Temporäre Resection des Oberkiefers nach dem Kocher'schen Verfahren. (Résection temporaire.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 28. 1898.*

Lavisé stellt in der Belg. chir. Gesellschaft, Sitzung vom 19. Juni 1898. einen Kranken vor, welchem er einen 100 g schweren Nasenrachentumor nach dem Kocher'schen Verfahren entfernt hatte; Verzweigungen des Tumors in die rechte Augen- und Nasenhöhle.

Dépage berichtet über 2 Fälle von temporärer Resection der Oberkiefer. von denen er die eine wegen eines Nasenrachenpolypen, die andere wegen eines Sarcoms der Schädelbasis vorgenommen hat.

Debaisieux redet der Entfernung von Polypen kleineren Kalibers durch die natürlichen Wege das Wort.

BAYER.

45) **Gallet. Interthyromaxillaroperation von Retropharyngealtumoren. Verstellung von zwei Fällen. (G. présente deux observations de tumeurs du retropharynx opérées par la voie interthyromaxillaire.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 28. 1898.*

G. stellt in der kgl. Gesellschaft für Medicin und Naturwissenschaften, Sitzung vom 4. Juli 1898, zwei Fälle von Retropharyngealtumoren vor, welche er auf interthyromaxillärem Wege operirt hat.

Im ersten Falle handelt es sich um einen kleinen mandarinengrossen Tumor, welcher der Schädelbasis und den ersten Halswirbeln aufsass; im zweiten um einen Tumor, welcher sich im Bereiche der Mandeln entwickelte und den ganzen Nasenrachenraum bis zur Epiglottis herunter einnahm.

Die Operation besteht nach vorausgeschickter Tracheotomie bei herabhängendem Kopfe in einer Incision der Mittellinie, welche vom oberen Schildknorpelrand bis an den unteren Rand des Unterkiefers reicht, wodurch man sich einen weiteren Zugang zum Pharynx schafft.

BAYER.

46) **Partsch** (Breslau). **Eine neue Methode temporärer Gaumenresection.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 57. Bd. 4. Heft. 1898.*

Die zur Entfernung von Geschwülsten der Nase und des Nasenrachenraums,

welche von der Schädelbasis herunterkommen, in einem Falle mit gutem Erfolge ausgeführte Operation bestand in der Abtrennung des Gaumentheiles des Oberkiefers.

SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

47) **Lichtwitz** (Bordeaux). **Acute Osteomyelitis des Oberkiefers ein sogenanntes „klassisches" Empyem der Highmorshöhle simulirend.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 7. p. 439. 1898.*

Krankengeschichte eines Falles, in dem nach heftigem Trauma in der Gegend der Fossa canina eine Osteomyelitis des Oberkiefers entstand. Da sich einseitige Naseneiterung einstellte, wurde an ein Empyem der Highmorshöhle gedacht. Dieselbe wurde punctirt und erwies sich als frei von Eiter. Der Eiterherd befand sich in der Dicke des Knochens und hatte den Sinus nach oben zurückgedrängt. Der Eiter entleerte sich in die Nasenhöhle nicht durch Vermittlung des Sinus, sondern durch eine Fistel, die sich in den unteren Nasengang öffnete.

Verf. verwirft den Namen des „klassischen Empyems der Kieferhöhle" ganz; jeder Fall dieser Art soll nach der Ursache bezeichnet werden, welche die Osteitis des Oberkiefers mit oder ohne Betheiligung des Sinus maxillaris hervorgerufen hat.

F. KLEMPERER.

48) **Avellis. Ueber die bei kleinen Kindern ein Kieferhöhlenempyem vortäuschende Tuberculose des Oberkiefers.** *Münch. med. Woch. No. 45. 1898.*

Die in der Litteratur aufgeführten Fälle von Kieferhöhlenempyem bei kleinen Kindern sind mit Misstrauen zu betrachten, denn sie sind in der That nichts als Caries des Oberkiefers in Folge von Tuberculose. Man findet dabei Fistelbildung unter dem Auge, Vorwölbung des Knochens, Sequesterbildung und Exophthalmie. A. theilt schliesslich einen selbstbeobachteten Fall mit.

SCHECH.

49) **Avellis. Ueber die bei kleinen Kindern ein Kieferhöhlenempyem vortäuschende Tuberculose des Oberkiefers. Berichtigung und Nachtrag.** *Münchner med. Wochenschr. No. 47. 1898.*

Missverständliche Auslegung einer Krankengeschichte, die von Hirschberg richtig gestellt wird.

SCHECH.

50) **Lavisé. Prothese des Unterkiefers. (Prothèse du maxillaire inférieur.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 41. 1898. Bulletin de l'Acad. Roy. Méd. de Belgique. No. 8. 1898.*

Lavisé stellt in der kgl. Academie eine Kranke vor, welcher er den Unterkiefer vom 2. Backenzahn bis ans Schläfenkiefergelenk resecirt hat. Unmittelbar nach der Operation wurde von Dr. Moury ein prothetischer Apparat aus Vulcanit, der genau dem resecirten Unterkieferstück entsprach, eingesetzt.

Der Apparat functionirt seit 3 Monaten und Niemand könnte nach dem äusseren Anblick eine so schwere Verstümmelung vermuthen.

BAYER.

51) **Pluder. Ueber die Bedeutung der Mandeln im Organismus.** *Mon. f. Ohr. No. 4. 1898.*

Die Schutzwirkung ist eine sehr minimale, da die Mandeln sehr häufig erkranken; ja sie sind die bevorzugten Eingangspforten für bakterielle Gifte. Die Mandeln sind Neubildungsstätten von Leukocyten. Näheres im Original.

SCHECH.

52) **G. Masini. Die interne Secretion der Tonsillen. (The internal secretion of the tonsils.)** *N. Y. Med. Journal. 23. September 1898.*

Verf. stellte Experimente an mit einem Mandel-Extract vom Hunde und vom Kalbe. Wenn er einem Meerschweinchen 0,4 oder 0,5 g Extract auf 1 kg Thier subcutan injicirte, constatirte er eine erhebliche Steigerung des arteriellen Drucks mit charakteristischen Oscillationen, ähnlich denen nach Anwendung von Nebennierenextract. Die Steigerung hält nicht lange an und der Druck sinkt dann unter die Norm. Gleichzeitig wird die Action des linken Ventrikels erst beschleunigt und danach verlangsamt. Der Extract von längere Zeit entzündeten oder hyperplastischen Mandeln hatte diese Wirkung nicht. Verf. schliesst daraus, dass die Mandeln ein internes Secret liefern, welches den Arteriendruck steigert.

LEFFERTS.

53) **Hugh Walsham. Epithelperlen in der Mandel. (Epithelial pearls in the tonsil.)** *Patholog. Society Rep. 1898. Brit. Med. Journ. 5. Novemb. 1898.*

In einer grossen Anzahl von Mandeln, die er untersuchte, fand W. nur ein paar von diesen Epithelnestern. Einige derselben stammen von abgeschupptem und innerhalb der Crypten retinirtem Epithel; andere aber gingen continuirlich in das Oberflächenepithel über und waren eher durch fötale Inclusion zu erklären. Mandelsteine können auf eine Verkalkung solcher Perlen zurückgeführt werden.

ERNEST WAGGETT.

54) **Buys. Eine häufige Ursache der lacunären Amygdalitis. (Une cause fréquente d'amygdalite lacunaire.)** *La Policlinique. No. 2. 1898.*

In der grossen Mehrzahl der Fälle wird die Amygdalitis lacunaris hervorgerufen durch eine Verminderung der Resistenzfähigkeit der Vertheidigungselemente der Mandeln. Eine Haupt- und vielfach verkannte Ursache bilde die Verstopfung der Nase; das bewiesen Fälle, in welchen nach Wegbarmachung der Nasenwege die Disposition zu lacunärer Amygdalitis verschwunden sei. Die hereditären Formen stellten eher hereditäre Nasenobstructionen dar, ebenso wie die „lymphatischen" meist besser als „adenoide" zu bezeichnen wären; aber auch von anderen Typen würden sich bei einer eingehenden Untersuchung noch manche aus dem Mechanismus der Nasenobstruction erklären lassen.

BAYER.

55) **De la Carrière. Gegen acute nicht-diphtheritische Mandelerkrankungen. (For acute non-diphtheritic tonsillar affections.)** *N. Y. Med. News. 29. Oct. 1898.*

Verf. empfiehlt besonders das Salol. Dasselbe lindert die Schmerzen und die Dysphagie erheblich, kürzt die Dauer der Krankheit ab und verhindert die

Abscessbildung. Die Digestion wird durch das Salol nicht gestört, so dass man es mit dem Essen nehmen kann. Der Erwachsene kann 3,5 g pro Tag bekommen, doch setze man das Medicament aus, wenn der Urin dunkel wird. Verf. verschreibt

Salol 1,8
Ol. amygdal dulc. 3,75
Syr. simpl.
Aqu. destill. ana 90,0.
M. D. S. Innerhalb 24 Stunden aufzubrauchen.

LEFFERTS.

56) **J. A. Stucky. Peritonsillitis oder abscedirendee Angina; ihre Ursache und Behandlung. (Peritonsillitis or quinsy; cause and treatment.)** *N. Y. Medical News. 21. October 1898. N. Y. Medical Record. 29. October 1898.*

Von 10 Autoren, die Verf. befragte, erwähnen 7, nachdem sie die hereditäre Prädisposition, die Erkältung u. a. m. genannt haben, Rheuma und Gicht als die wesentlichste Ursache dieser Erkrankung. Sorgfältige Beobachtungen führten den Verf. zu der Ueberzeugung, dass die rheumatische oder richtiger die Harnsäure-Diathese mehr mit der oben genannten Krankheit zu thun hat, als irgend ein anderer ursächlicher Factor. Bezüglich der Behandlung ist der Verf. der Ansicht, dass in der Mehrzahl der Fälle, wenn man sie innerhalb der ersten 48 Stunden zu Gesicht bekommt, eine Abortivbehandlung in soweit gelingt, dass die Eiterung vermieden wird. Ist die Krankheit bereits bis zur Eiterung vorgeschritten, so empfiehlt Verf. sofortige ausgiebige Punction, soweit die Spannung reicht. Dieselbe lindert den Schmerz und hält das Fortschreiten der Eiterung auf. Verf. benutzt dazu einen von Spier modificirten Ohrlöffel, nicht das Messer.

LEFFERTS.

57) **Redact. Notiz. Zur Application bei folliculärer Mandelentzündung. (An application for follicular amygdalitis.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Septemb. 1898.*

Nach der Incision soll folgende Mischung aufgepinselt werden:

Acid. trichloracetic. 0,1
Jodi 0,25
Kalii jodati 0,5
Glycerin. 5,0
Aqu. destill. 10,0.

LEFFERTS.

58) **F. W. Fabricius. Tonsillitis. (Tonsillitis.)** *N. Y. Med. Record. 8. Octob. 1898.*

In Fällen von chronischer Mandelentzündung mit acuten Exacerbationen applicirt F. direct auf die entzündete Fläche:

Tct. Aconiti rad. 1,875
Tct. belladonnae 3,75
Tct. ferri chlorat. 7,5
Tct. jodi compos. 9,375
Glycerini q. s. ad 30,0.
M. D. S. Mit dem Pinsel aufzutragen.

LEFFERTS.

59) **Perrogon. Syphilitischer Schanker der rechten Mandel und der Oberlippe. (Chancres syphilitiques de l'amygdale droite et de la lèvre supérieure.)** *Gaz. méd. de Nantes. 9. Juli 1898.*

Die Ueberschrift sagt genug über den Fall. A. CARTAZ.

60) **D. Bryson Delavan. Tertiäres Geschwür der Mandel ein Sarcom vortäuschend. (Tertiary ulceration simulating sarcoma of the tonsil.)** *N. Y. Med. Journal. 4. December 1897.*

Abdruck des auf dem 19. Congress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrags (vergl. Centralbl. XV. p. 89). LEFFERTS.

61) **J. H. Hartmann. Ein Fall von Angiom der Tonsille mit Recidiv 3 Jahre nach der Abtragung des Tumors. (A case of angeioma of the tonsil with recurrence three years after removal.)** *N. Y. Med. Journal. 25. Dec. 1897.*

Angiome im oberen Athemtractus sind selten. Das von H. beobachtete Angiom sass auf der rechten Tonsille einer 28jährigen Frau und war durch einen äusseren Tumor von unbestimmter Natur complicirt.

Die Abtragung wurde wegen der zu befürchtenden Blutung mit der heissen Schlinge sehr langsam vorgenommen. Die Operation dauerte fast 1 Stunde und die Blutung war sehr gering. Aber 24 Stunden nachher trat eine sehr heftige Blutung ein, die durch Eis, Styptica und Compression nicht gestillt wurde und erst nach directer Application des Galvanokauters stand. LEFFERTS.

d. Diphtheritis und Croup.

62) **Bezançon** und **Labbé. Ein Vergleich der Wirkung des Diphtheriebacillus und des Diphtherietoxins auf die Lymphdrüsen. (Effets comparés de l'action du bacille et de la toxine diphtherique sur les ganglions lymphatiques.)** *Soc. de Biologie. 7. Mai 1898.*

Die Einimpfung des Bacillus und die Einverleibung seiner Toxine bringen auf die Lymphdrüsen sehr verschiedene Wirkungen hervor. Bei der Infection mit den Mikroben selbst ist die entzündliche Reaction das vorherrschende, bei der Intoxication mit den Toxinen die Nekrose. Während bei der Infection das Reticulum reagirt und die Leukocyten nach den Drüsen hinströmen, fehlen diese Phänomene bei der Intoxication und man sieht die Drüse vielmehr ihre Functionsfähigkeit einbüssen.

Ist das Thier jedoch durch vorherige Seruminjection widerstandsfähig gemacht worden, so kommt die Nekrose nicht zu Stande und die Drüse reagirt auf die Gifteinspritzung in derselben Weise wie bei der Infection. PAUL RAUGÉ.

63) **J. Nicolas** (Lyon). **Ist die Agglutination des Loeffler'schen Bacillus durch das Diphtherieserum ein constantes Vorkommniss? (L'agglutination du bacille de Loeffler par le serum antidiphtherique est-elle constante?)** *Soc. de Biol. 4. Juni 1898.*

N. setzte ein stark immunisirendes Serum, das weder einen antiseptischen

Zusatz erhalten hatte, noch erwärmt war, zu 12 Culturröhrchen mit Löffler'schen Bacillen hinzu. Die Agglutination trat in 6 Röhrchen ein, bei 6 blieb sie aus. Sämmtliche Controlröhrchen mit normalem Serum wurden nicht agglutinirt.

Der Verf. erklärt die Agglutination danach für ein inconstantes Phänomen, das von den betreffenden Culturröhrchen, auf die das Serum wirkt, abhängig ist.

PAUL RAUGÉ.

64) **Hand. Eine Methode zur schnellen Vernichtung der Diphtheriebacillen nach Verschwinden der Pseudomembranen. (Méthode rapide de destruction des bacilles diphthériques après disparition des fausses membranes.)** *Revue de Pathologie interne. 20. October 1898.*

Die Substanz, mit der Verf. die besten Resultate erzielte, ist das Argentum nitricum in $^1/_{10}$ wässriger Lösung.

Zwei Applicationen, höchstens drei, sind im Allgemeinen ausreichend.

Das Eindringen der Flüssigkeit in den Larynx muss man vermeiden.

PAUL RAUGÉ.

65) **Arthur Henry. Beitrag zum Studium der gemischten Diphtherien. (Contribution à l'étude des diphthéries associées.)** *Thèse de Paris. 1898.*

H. entwickelt in seiner These die Anschauungen seines Lehrers Barbier, dass die diphtheritischen Anginen, welche local etwas anormale Erscheinungen, einen schweren Allgemeinzustand, Herzstörungen (Arhythmie, Beschleunigung des Pulses) etc. aufweisen, stets Diphtherien mit Streptokokken-Mischinfection sind. Ihre Prognose ist ernst und die Therapie muss von Anfang an energisch eingreifen. Verf. empfiehlt das Serum, häufige antiseptische Spülungen, Pinselungen (ohne Reiben, blosse Aufpinselung) mit Sulforicinphenol, strenge Isolirung der Kranken.

A. CARTAZ.

66) **Emile Dupuy. Beitrag zum Studium der gutartigen Mischinfectionen bei Diphtherie. (Contribution à l'étude des diphthéries associées benignes.)** *Thèse de Paris. 1898.*

Verf. zählt die verschiedenen Zeichen auf, durch die sich die einzelnen Mischinfectionen charakterisiren und bespricht besonders den Symptomencomplex, den er als kleine Sepsis („les petits accidents septiques") bezeichnet. Er empfiehlt die Serumbehandlung und local die Einpinselung mit Sulforicinphenol. Verf. verfügt über 53 eigene Beobachtungen.

A. CARTAZ.

67) **C. Renshaw. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1898.*

Abdruck eines auf dem Medicinischen Congress in Moskau gehaltenen Vortrags.

ADOLPH BRONNER.

68) **Roger** und **Garnier** (Paris). **Verallgemeinerung von Diphtheritis der Trachea und der Bronchien. (Diphthérie tracheo-bronchique generalisée.)** *Presse méd. 9. November 1898.*

Die Verff. beobachteten einen Fall von Diphtherie, in dem eine Pseudo-

membran, die in der Höhe der Epiglottis und der Stimmbänder begann, sich ohne Unterbrechung bis in die letzten Verzweigungen der Bronchien ausbreitete.

Die von Membranstückchen aus den kleinen Bronchien angelegten Culturen blieben steril. Die Verff. schliessen daraus, dass die Anwesenheit des Bacillus zur Production der Pseudomembranen gar nicht nöthig ist, dass diese vielmehr der blossen Imprägnation mit dem Diphtherietoxin ihren Ursprung danken können.

PAUL RAUGÉ.

69) **C. E. Michael. Complicationen der Serumbehandlung bei Diphtherie. (Complications attending the serum treatment of diphtheria.)** *Practitioner. April 1898.*

Verf. stellt eine sehr interessante Statistik aus den Reports of the Metropolitan Asylum's Board und aus den Krankengeschichten des Eastern Fever Hospital zusammen und berichtet über eine Reihe bemerkenswerther Fälle.

ADOLPH BRONNER.

70) **Weisbecker. Zur Behandlung der Diphtherie mit dem Serum von Diphtheriereconvalescenten.** *Münch. med. Wochenschr. No. 39. 1898.*

Beobachtungen an 30 Fällen; das Serum wird von Kranken gewonnen, welche nicht mit Behring's Serum behandelt waren, sondern die Diphtherie spontan überstanden hatten; die Art der Darstellung des Serums, von dem eine einzige Injection von 4—5 ccm genügt, wird später publicirt. SCHECH.

71) **Strohe. Mittheilungen über Diphtherie aus dem Augustahospital zu Köln.** *Münch. med. Wochenschr. No. 40. 1898.*

In das Krankenhaus kommen nur schwere und schwerste Fälle, die ihr Gepräge Jahr um Jahr festgehalten haben. Trotzdem ergiebt sich seit der Serumbehandlung eine wesentliche Verringerung der Gesammtsterblichkeit, hauptsächlich bedingt durch die weit günstigeren Resultate der Tracheotomie, sodann durch Rückgang der Tracheotomie überhaupt. Sofort nach Aufnahme wird No. III (1500 Immunisirungseinheiten) injicirt, gleichgiltig, ob ein Kind oder ein Erwachsener. Geringe verzettelte Dosen haben keinen Werth; nebenher Gurgelungen mit Carbollösung und Dampfinhalation. SCHECH.

72) **P. David Schultz** und **H. D. Brown. Die Chlorbehandlung der Diphtherie. (The chlorine treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 5. November 1898.*

Ohne allgemeines Interesse. LEFFERTS.

73) **Stroll. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 26. November 1898.*

Rp.	Tct. Myrrhae . . .	4	Theile
	Glycerin	8	„
	Aqu. destill. . . .	200	„

Bei Tage 1 stündlich, bei Nacht 2 stündlich, Kindern von 2 Jahren 1 voller Theelöffel, älteren Kindern das Doppelte, Erwachsenen 3 mal so viel zu geben, bis die Membranen verschwinden. LEFFERTS.

74) **A. M. Osness. Die Diphtherie und ihre rationelle Behandlung. (Diphtheria and its logical treatment.)** *N. Y. Med. Record. 5. November 1898.*

Das Serum hält der Verf. nach seiner Theorie der diphtheritischen Erkrankung nicht für rationell; es schwächt den Organismus und führt zur Gefahr der Hypertoxicität. Verf. gab mit gutem Erfolge Calciumsulfid in Dosen von 0,045 $^1/_2$ stündlich 36 Stunden lang. Wasser soll innerlich reichlich gegeben werden zur Beschleunigung der Ausscheidung des Giftes. Locale Einpinselungen mit verschiedenen Substanzen können nützlich sein. LEFFERTS.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

75) **Gorodechi. Zur Casuistik der Fremdkörper in der Trachea.** *Mon. f. Ohr. No. 5. 1898.*

Während der Tracheotomie behufs Entfernung eines Hornknopfes wurde derselbe tiefer nach unten aspirirt, nach einigen Tagen aber spontan ausgehustet.

SCHECH.

76) **H. Mole. Zwei Fälle von Intubation beim Erwachsenen. (Two cases of intubation in adults.)** *Bristol Med. Chir. Journal. September 1898.*

Der erste Fall betrifft eine Frau von 40 Jahren, die an heftiger Laryngitis mit starker Schwellung erkrankt war, der zweite einen Mann von 45 Jahren mit acuter septischer Laryngitis. ADOLPH BRONNER.

77) **A. Codd. Der Werth der Kehlkopfintubation. (The utility of intubation of the larynx.)** *Birmingham Med. Review. August 1898.*

Verf. bespricht die Methodik der Intubation. Er hat einen besonderen Tisch anfertigen lassen, auf dem er den Patienten lagert. Er zieht die horizontale Position vor. ADOLPH BRONNER.

78) **Wl. Oltuszewski. Psychologie und Philosophie der Sprache. (Psychologia orar filozofia mowy.)** Warszawa 1899.

Diese Arbeit bildet den dritten und letzten Theil des Werkes über die Physiologie der Sprache, welches O. in der Monatsschrift für die gesammte Sprachheilkunde (1893) veröffentlicht hat. Im ersten Theile dieser Arbeit wirft Verf. einen Rückblick auf die Arbeiten der Linguisten und Philosophen zur Erforschung des Ursprungs der Sprache und ihren Zusammenhang mit dem Denken, Verstande, bei denen die Functionen des Gehirnes und die sogenannten psychologischen Forschungen darüber nicht berücksichtigt worden sind. Im zweiten Theile des Werkes werden die Arbeiten der neuen psychologischen Schulen analysirt und durch eigene Beobachtungen des Verf.'s über die Entwickelung der Sprache und der Intelligenz vervollständigt. Im dritten Theile formulirt Verf. auf Grund eigenen Materials seine Anschauungen über die Psychologie und Philosophie der Sprache.

Die besonders für Aerzte, welche sich mit der Logopathologie beschäftigen, interessante Arbeit eignet sich nicht zum Referat; sie wird demnächst in extenso deutsch veröffentlicht.

v. SOKOLOWSKI.

79) **Wl. Oltuszewski. Der sechste Beitrag zur Lehre über Sprachanomalien. (Szósty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy.)** *Medycyna. No. 49, 50. 1898.*

Im Laufe der Jahre 1897—1898 wurden vom Verf. 171 verschiedene Fälle von Sprachanomalien beobachtet (44 Aphasie, 46 Stammeln, 4 nasale Sprache, 77 Stottern).

Verf. beschreibt einige von diesen Fällen genau, bespricht seine Klassification und Behandlungsmethoden und erörtert den Zusammenhang der Sprachstörungen mit der Psychopathologie und Neuropathologie einerseits und der Laryngologie und Otiatrie andererseits.

A. v. SOKOLOWSKI.

80) **Oltuszewski. Ueber den Zusammenhang der im Kindesalter vorkommenden Cerebrallähmungen mit verschiedenen Kategorien von Sprachanomalien. (O stosunku porażeń mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategoryi zboczeń mowy.)** *Gazeta lekarska. No. 47, 48. 1898.*

Auf eigenes Material gestützt beschreibt Verf. verschiedene Arten von Lähmungen und deren Zusammenhang mit Sprachstörungen, sowie die Aetiologie und Pathogenese derselben. Unter 1058 Fällen von verschiedenen Sprachanomalien, welche Verf. im Laufe von 6 Jahren beobachtete, wurden in 42 Fällen cerebrale Lähmungen als Ursache von Aphasie, Stottern oder Stammeln nachgewiesen.

In 7 Fällen wurden methodische Sprachübungen mit günstigem Erfolge vorgenommen. Nach Verf. haben nicht nur verschiedene Arten von Sprachstörungen, sondern auch sogen. Hörstummheit und nasale Sprache corticalen Ursprungs ihre ätiologische Ursache in cerebralen Lähmungen, was bisher wenig berücksichtigt wurde. Schliesslich weist Verf. auf die Möglichkeit einer rationellen Behandlung dieser Form von Sprachstörungen hin; denn in vielen Fällen schwinden die Lähmungen allmälig und es verbleiben nun verschiedene Sprachstörungen, welche in hohem Grade die geistige Entwickelung des Kindes hemmen.

A. v. SOKOLOWSKI.

81) **A. Wallace. Die Höhe der menschlichen Stimme. (The pitch of the human voice.)** *Lancet. 17. September 1898.*

Die Stimmhöhe steht im Zusammenhang mit dem Winkel des Kiefers und mit der Art des Ansatzes der Ohren an die Wangen. Stehen die Ohren vertical, so ist die Stimme tief, ist das Ohr abwärts und vorwärts geneigt, so liegt eine Tenor- oder Sopranstimme vor (sic!!)

ADOLPH BRONNER.

82) **H. Schoonmaker. Ein Fall von verzögertem Stimmwechsel infolge der nicht erkannten Fähigkeit des Gebrauches der tiefen Stimme. (Case of delayed change of voice due to unrecognized power to use the adult voice.)** *N. Y. Medical Record. 23. Juli 1898.*

Der 14jährige Knabe sprach mit unreiner, hoher Stimme, bisweilen auch nur mit heiserem Flüstern.

Durch Anwendung methodischer Sprachübungen bei gleichzeitigem Gebrauch medicamentöser Sprays wurde dem Knaben gezeigt, dass er vollständig im Stande sei, die tiefe Stimme zu gebrauchen und die Störung war bald ganz beseitigt.

V. J. SWIFT (LEFFERTS).

83) **Holbrook Curtis. Die Behandlung der Laryngitis der Sänger. (The treatment of singer's laryngitis.)** *N. Y. Medical Journal. 12. November 1898.*

Verf. hat seit langem aufgehört, starke Adstringentien auf die Stimmbänder der Sänger zu appliciren. In Fällen von schmerzhafter Laryngitis verwendet er ein Extract der Suprarenalkapsel, das auf die Larynxschleimhaut aufgepinselt sehr lindernd wirkt. In der Nase bewirkt eine 10 Minuten lange Application eine deutliche Blässe, welche viel stärker als die durch Cocain erzielte ist. Das Extract ist dem Verf. bekannt geworden durch eine Mittheilung von Wagner (San Francisco), der über fast blutlose Operationen, die er mit Hülfe desselben erzielte, berichtete.

LEFFERTS.

84) **Botey. Heiserkeit bei Sängern und Rednern. (Hoarseness in singers or speakers.)** *N. Y. Med. Record. 30. April 1898.*

Rp. Cocain. hydrochlor. 0,9
Strychn. sulphur. 0,045
Aqua destill. 80,0.
M. D. S. Als Spray zu brauchen.

Ferner:

Rp. Cocain. hydrochlor. 0,045
Tct. Aconit. 0,6
Sacch. etc. q. s.
ut. f. pastill. No. 80. S. Im Munde aufzulösen.

LEFFERTS.

85) **J. A. Bottome. Zur Behandlung der Heiserkeit bei Sängern und Rednern. (Treatment of hoarseness in singers and speakers.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Juli 1898.*

Nichts Bemerkenswerthes.

J. W. SWIFT (LEFFERTS).

86) **J. A. Bottome. Heiserkeit bei Sängern. (Hoarseness in singers.)** *N. Y. Medical Record. 8. December 1898.*

Sängerknötchen sind die Folge einer fehlerhaften Singmethode und durch systematische Verbesserung dieser gelingt es auch, die Knötchen zum Verschwinden zu bringen ohne die kaustischen oder operativen Eingriffe, die in den meisten Lehrbüchern der Laryngologie empfohlen werden.

LEFFERTS.

87) **W. Bottermund** (Dresden). **Ueber die ärztliche Behandlung von Störungen der Singstimme.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. p. 336. 1898.*

Verf. bespricht die „professionelle Stimmschwäche“. Dieselbe beruht hauptsächlich auf einer mehr oder minder ausgeprägten Parese der einzelnen Glottisverengerer. Neben der Muskelparese besteht oft auch Hyperämie der Kehlkopfschleimhaut und vermehrte Secretion. Ursache der Stimmstörung ist die

Ueberanstrengung, ein Missverhältniss zwischen Anstrengung und individueller Leistungsfähigkeit. Begünstigt wird die Ueberanstrengung der Stimme durch Erkrankungen und Anomalien im Ansatzrohr. Die Behandlung der Stimmschwäche muss zuerst die letzteren ins Auge fassen und im Ansatzrohr möglichst normale Zustände schaffen. Dann erst wird die Parese der Kehlkopfmuskeln selbst behandelt. Dazu empfiehlt sich am meisten die Heilgymnastik der Stimme. Die Singübungen zu Heilzwecken beginnen mit Flüsterübungen; an diese schliessen sich die Stimmübungen.

F. KLEMPERER.

88) **John Winslow. Hysterische Aphonie. (Hysterical aphonia.)** *N. Y. Med. Record. 26. Februar 1898.*

Krankengeschichte eines Falles.
Nichts Neues.

LEFFERTS.

89) **E. N. Maljutin. Drei Fälle von mit Hülfe von Stimmgabeln geheilter völliger Aphonie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. p. 450. 1898.*

M. berichtet über 3 weitere Fälle von hysterischer Aphonie, die er mittelst der Stimmgabeln geheilt hat. Er setzt die Stimmgabeln nicht mehr auf den Kopf oder den Schildknorpel, sondern auf den Brustkasten auf und zwar ausser einer der Normalhöhe der Stimme des Kranken entsprechenden noch zwei um eine resp. zwei Octaven tiefer tönende. Jede Sitzung dauert nicht mehr als 10 Minuten mit einer Pause zur Erholung. Die Sitzungen finden täglich, wenn möglich 2mal täglich statt. Die Heilungsdauer in M.'s Fällen betrug 8—14 Tage.

Erwähnt sei noch die Beobachtung M.'s, dass wenn man die Stimmgabel auf die Brust stellt und eine Note singen lässt, ein Brustton, bei auf den Kopf gesetzter Stimmgabel dagegen ein Kopfton producirt wird. Diese Erscheinung kann Bedeutung für den Gesangsunterricht gewinnen.

F. KLEMPERER.

90) **Liebmann** (Berlin). **Parasigmatismus lateralis.** *Archiv f. Kinderheilkunde. XXV. Bd. 5. u. 6. Heft. 1898.*

Beim P. lateralis kommt die Verstümmelung der S-Laute auf die Weise zu Stande, dass die Luft nicht vorn in der Mitte über die unteren Schneidezähne geht, sondern dass eine Enge zwischen seitlichem Zungenrand und den Backenzähnen gebildet wird und dass die Luft seitlich über die Praemolares oder Molares herauszischt. Meist sind sämmtliche S-Laute von der Störung betroffen. Die Aetiologie weist häufig auf schlechte sprachliche Vorbildung hin, sehr viele Fälle beruhen auch auf organischer Basis, als eigentliche Grundlage der Störung muss die mangelhafte Geschicklichkeit der Sprachorgane (motorischer P. l.) oder die Unaufmerksamkeit des Patienten (sensorischer P. l.) bezeichnet werden.

Sehr häufig ist der P. l. durch andere Sprachstörungen complicirt, durch Poltern und Stottern.

Zur Behandlung drückt L., während der Patient die Zahnreihen aufeinandersetzt, die Backenhaut von aussen fest an die Molargegend, so dass die Luft nicht an den Seiten entweichen kann, während der Pat. ein ss ausführt.

SEIFERT.

91) **Jacquet. Stottern complicirt mit Spasmus des Pharynx und Oesophagus. (Bégaiement complexe avec spasme pharyngo-oesophagien.)** *Société médicale des Hôpitaux. 6. Mai 1898.*

Verf. beschreibt einen jungen Mann, der eine besondere Form von Stottern darbot, die durch folgende Erscheinungen characterisirt wurde:

Während einer ersten Periode, deren Dauer von 4—12 Secunden schwankte, macht der Pat. eine Reihe von Exspirationsanstrengungen, bei denen das Gesicht und der Hals anschwellen und das Zwerchfell sowie die Abdominalmuskeln sich spastisch contrahiren.

In einer zweiten Phase treten Rachen- und Oesophaguskrämpfe ein, die eine spastische Schluckbewegung hervorbringen und von einem sehr deutlich auscultirbaren Schluckgeräusch (Glou-Glou) begleitet sind.

Convulsivische Stösse der Lippen und der Zunge folgen der Hervorbringung des Wortes, das manchmal normal klingt, manchmal saccadirt und explosiv, manchmal auch in der gewöhnlichen Weise gestottert.

Alle diese Störungen verschwinden beim Singen und nach schnellem Laufen.

Der Kranke, dessen Vater Potator ist, leidet selbst weder an Alkoholismus, noch an Hysterie.

PAUL RAUGÉ.

92) **Marage. Wie die Taubstummen sprechen. (Comment parlent les sourds-muets.)** *Académie de Médecine. 5. April 1898.*

M. theilt die Vocale in zwei Klassen:

1. die gesprochenen Vocale, bei denen der laryngeale Ton nebensächlich ist; diese sind hauptsächlich durch die Mund-Rachen-Resonanz hervorgebracht;
2. die gesungenen Vocale, bei denen der Kehlkopfton vorherrscht.

Die Taubstummen bieten den Typus der gesprochenen Stimme. Die Kehlkopfnote verschwindet vollständig und es bleibt nur der bucco-pharyngeale Laut.

Die Erklärung lässt sich leicht geben: die Taubstummen lernen sprechen durch das Gesicht; sie sehen die Form, die der bucco-naso-pharyngeale Resonanzraum des Lehrers annimmt. Sie geben ihren Organen die gleiche Form und blasen in ihren Resonanzraum, wie in eine Flasche, ohne dass der Kehlkopf daran einen Antheil hat. So entsteht der Typus der gesprochenen Stimme, die allein durch das Ansatzrohr geliefert wird, die man aber versteht. Die Stimme der Redner und Sänger liefert das Ansatzrohr gleichzeitig mit der Kehlkopfnote; diese versteht und hört man.

Bei manchen Sängern überwiegt die Kehlkopfnote, die Thätigkeit der Resonanzräume tritt zurück; man hört sie, aber versteht sie nicht.

Der Kehlkopf der Taubstummen ist fast stets atrophirt.

PAUL RAUGÉ.

f. Schilddrüse.

93) **Moussu. Parathyroid-Function. (Fonction parathyroidienne.)** *Société de Biologie. 30. Juli 1898.*

M. injicirte thyroidectomirten Pferden Extract von Nebenschilddrüsen und es gelang ihm, dadurch die Thiere Monate lang zu erhalten.

1,5 g des Parathyroidextracts sind erforderlich, um das Auftreten von Krämpfen zu verhüten. Nach einigen Tagen aber erscheinen die Convulsionen wieder und es ist eine neue Injection des Parathyroidextracts nothwendig.

PAUL RAUGÉ.

94) **A. Majewski. Ueber Strumitis dissecans. (Zapalenie gruczotu tarczowego.)** *Gazeta lekarska. No. 44. 1898.*

Bei einer 61jährigen Frau, welche seit vielen Jahren an Struma litt, begann vor 1 Woche an dem vorderen und linken Theile der Halsgegend eine grosse Schwellung, welche den Umfang eines Kindskopfes annahm. Die Haut über derselben hatte normale Farbe und war beweglich, doch stark gespannt. Die Kranke klagte über starke Dyspnoe und Schlingbeschwerden und fieberte bis 38,5°. Einige Tage darauf wurde deutliche Fluctuation in der Geschwulst bemerkt und am zweiten Tage darauf eine breite Querincision vorgenommen, bei welcher eine apfelgrosse Höhle, gefüllt mit grauen Eitermassen, gefunden wurde. Diese eiternde Höhle enthielt theilweise nekrotisirte Strumamassen. Nach der Incision hörte das Fieber auf und die Kranke begann sich besser zu fühlen. Sie starb aber 3 Monate darauf in Folge einer cachectischen Pneumonie.

Bei der Autopsie wurde Phthisis ulcerosa pulmonum, Pneumonia cachecticorum sinistra, Cholelithiasis und Abscessus hepatis constatirt. An der Glandula thyreoidea war der rechte Lobus normal, der linke in eine bindegewebige Masse umgewandelt.

A. v. SOKOLOWSKI.

95) **Hayem** (Paris). **Zur Schilddrüsen-Chlorose. (A propos de la chlorose thyroidienne.)** *Société de Biologie. 23. Juli 1898.*

H. wendet sich gegen die von Capitan und Jeulain aufgestellte Ansicht und hält die von diesen Autoren beschriebene Form der Thyroiderkrankung nur für eine Art von Chlorose, die wie die einfache Bleichsucht auf die gewöhnliche Behandlung hin weicht.

PAUL RAUGÉ.

96) **C. Heath. Klinische Vorlesung über einige Fälle von Schilddrüsencyste. (A clinical lecture on cases of thyroid cyst.)** *Practitioner. September 1898.*

Die moderne Therapie besteht darin, die Cysten zu enucleiren, während früher Jod oder Eisen injicirt wurden. In Fällen von solidem Tumor ist die Injection von Eisen sehr gefährlich.

ADOLPH BRONNER.

97) **Goris. Ueber einen Fall von peritrachealem Retrosternalkropf mit Erstickungsnoth; operirt in extremis; Heilung. Krankenvorstellung und Vorzeigen**

des Tumors. (Sur un cas de goitre péritrachéal et retro-sternal suffocant opéré in extremis. Guérison. Présentation de la malade et de la tumeur.) *Journ. Méd. de Bruxelles. No. 31. 1898.*

Der Titel erklärt den Inhalt.

BAYER.

98) **Comte** (Lyon). **Operation eines Kropfes. (Opération de goitre.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 23. März 1898.*

Vorstellung eines von Jaboulay operirten Kranken. Der Tumor bestand seit 20 Jahren und hatte seit 1 Jahre eine plötzliche Zunahme erfahren. Die Entwicklung fand auf Kosten des medianen Lappens statt. Das Gewicht der Geschwulst betrug 180 g. Der Operateur beabsichtigte anfangs, eine massive intraglanduläre Enucleation zu machen. Bei der Operation aber liess sich die Losschälung nicht durchführen und es musste durch seitliche und hintere Schnitte der Kropf vom gesunden Gewebe getrennt werden.

Bei der histologischen Untersuchung der Geschwulst fanden sich Degenerationsherde, die wahrscheinlich maligner Natur sind.

PAUL RAUGÉ.

99) **Vigouroux** (Paris). **Die Pathogenese und Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Pathogénie et traitement du goitre exophthalmique.)** *Académie de Médecine. 11. Januar 1898.*

Ursachen der Basedow'schen Krankheit erblickt Verf. im Arthritismus und in der Insufficienz der Leber. Desgleichen können infectiöse Krankheiten dieses Leiden hervorrufen, indem sie die Autointoxication begünstigen.

Die Therapie des Morbus Basedowii besteht nach dieser Theorie in

1. Allgemeinbehandlung, umfassend besonders alle hygienischen Maassnahmen;
2. symptomatischer Behandlung, bestehend in Faradisation der Carotis.

PAUL RAUGÉ.

100) **Hutchinson. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 26. November 1898.*

H. lässt 3mal täglich 1 Stunde nach dem Essen 1,5 g Bromkali in $^1/_2$ Glas Wasser nehmen.

LEFFERTS.

101) **G. Vaudey. Behandlung der Basedow'schen Krankheit mittelst Electrolyse. (Traitement du goitre exophthalmique par l'electrolyse.)** *Marseille médical. 1. April 1898.*

Verf. berichtet über 2 eigene Fälle. Die Electrolyse muss positiv sein. Dieselbe führt zu einer Atrophie der Schilddrüse durch Ischaemie, indem die Gefässe obliteriren und das secundär wuchernde retractile Gewebe die zelligen Elemente erdrückt und dadurch die Production der toxischen Secrete beschränkt.

A. CARTAZ.

102) **Combemale** und **Gaudier. Ein Fall von Basedow'scher Krankheit. Einfluss der Sympathicusresection auf den Exophthalmus und die Tachycardie. (Un cas de goitre exophthalmique; action de la sympathicotomie sur l'exorbitisme et la tachycardie.)** *Gazette hebdomad. Paris. 24. April 1898.*

32jährige nervöse Frau, die stets einen kleinen medianen Kropf hatte. Nach

einer einfachen Bronchitis nahm der Kropf an Umfang zu und es stellten sich die Symptome der Basedow'schen Krankheit ein.

Nach doppelseitiger Resection des Sympathicus verschwanden sofort die Störungen seitens der Augen und der Puls, der 160—200 gezählt hatte, sank auf 90—100 Schläge in der Minute. Die Präcordialangst und die Dyspnoe werden geringer; der Kropf aber verändert seinen Umfang nicht. A. CARTAZ.

g. Oesophagus.

103) **Heinlein. Nekrose der Speiseröhrenschleimhaut.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 46. 1898.*

Zwei Präparate; das eine von einem an Bulbärmeningitis verstorbenen Manne, das andere von einem, der an Oesophaguscarcinom zu Grunde gegangen war. Oberhalb des letzteren hatte ein Brandherd seinen Sitz. Die Ursache des Brandes in beiden Fällen dürften steckengebliebene Speisetheile gewesen sein.

SCHECH.

104) **Voron** (Lyon). **Gebiss im Oesophagus. Oesophagotomie. (Dentier dans l'oesophage. Oesophagotomie.)** *Soc. d. Sc. Méd. de Lyon. Januar 1898.*

Der Kranke ist bereits vor der Operation vorgestellt worden. Die Operation, die in der Oesophagotomia externa bestand, wurde von Jaboulay gemacht. Der Fremdkörper war 10 cm von der oberen Oeffnung des Oesophagus entfernt fixirt und hatte die Wand daselbst perforirt. Nachdem das Gebiss herausgenommen war, wurden die Schnittflächen des Oesophagus in die Haut eingenäht und die Wunde offen gelassen. 8 Tage später wurde die Fistel geschlossen und der Schluckact ging ohne Schwierigkeiten vor sich. PAUL RAUGÉ.

105) **Reboul. Fremdkörper im Oesophagus. (Corps étranger de l'oesophage.)** *Société de chirurgie. 25. Mai 1898.*

5 Centimesstück in der Speiseröhre. Operation. Tod durch Pneumonie.

PAUL RAUGÉ.

106) **Earl M. Gilliam. Krankengeschichte eines Falles von Oesophagusstrictur mit Gastrotomie. (Gastrotomy for stricture of the oesophagus with report of case.)** *N. Y. Medical Record. 23. September 1898.*

Verf. betont, dass die Gastrotomie nur ein palliatives Mittel und kein radicales ist; zweitens dass die Aussichten auf Erfolg um so besser sind, je früher operirt wird; drittens, dass nicht für alle Fälle eine einzige Methode passt, sondern für jeden Fall die passende ausgewählt werden muss; und viertens, dass man sehr darauf achten muss, nicht das Colon für den Magen zu halten.

LEFFERTS.

107) **Griffon und Dartiques. Krebs der Speiseröhre bei einem früher wegen Nierenkrebs Operirten. (Cancer de l'oesophage chez un ancien opéré de cancer du rein.)** *Société anatomique. 22. Juli 1898.*

Das Carcinoma oesophagi wurde bei der Section eines 50jährigen Mannes gefunden, der 3 Jahre vorher wegen Nierenkrebs operirt worden war.

Die Neubildung an der Speiseröhre communicirte mit dem Ende der Trachea und mit dem linken Bronchus.

Der Kranke war an Bronchopneumonie durch absteigende Infection gestorben.

PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 9. März 1898.

Vorsitzender: H. T. Butlin.

Bericht der Commission zur Untersuchung von Tumoren:

1. Tilley's Fall (Sitzung vom November 1897): Die mikroskopische Untersuchung des Larynx ergiebt Tuberculose.

2. Spencer's Fall (9. Februar 1898): Maligne Geschwulst der Zungenbasis und Epiglottis; Carcinom, wahrscheinlich von dem Oberflächenepithel ausgehend.

Paul Bergengrün (Riga) [mitgetheilt von Prof. Kanthack]: Lepra tuberosa des Kehlkopfes, des Mundes und der Nase; mit Bemerkungen über die Natur und den Ursprung der „Kugeln" und „Riesenzellen".

An einer Reihe von Photogrammen und Zeichnungen zeigt B., dass die Induration und Ulceration im Kehlkopf stark ausgesprochen sind. Die Epiglottis ist häufig ergriffen, während die Ulceration oft längs der Stimmbänder oder unter denselben besonders stark ist. Eine Prädilectionsstelle der Infection ist der Petiolus der Epiglottis. Auch die Taschenbänder sind fast immer erkrankt, entweder infiltrirt oder mit Knötchen besetzt oder ulcerirt. Die Stimmbänder können selbst in Fällen ausgesprochener Erkrankung normal sein. An der Zunge sitzen häufig Knötchen; dieselben können symmetrisch zu beiden Seiten einer tiefen medianen Rinne angeordnet sein. Von einer „Silber-Zunge" spricht man, wenn niedrige discusartige Schwellungen mit einer feingranulären Oberfläche vorhanden sind.

Die Uvula ist oft infiltrirt, ebenso die hinteren Gaumenbögen, während die vorderen intact bleiben können. Kleine Knötchen sieht man in der Mittellinie des Velum und des Gaumens. Wichtig ist das 3lappige Aussehen der äusseren Nase.

Aus seinen histologischen Präparaten hat sich Bergengrün die Ansicht gebildet, dass die „Kugeln" Schnitte durch Bacillenthromben, die in erweiterten Lymphgefässen stecken, darstellen, während die Riesenzellen durch Verschmelzung des wuchernden Endothels der thrombenhaltigen Lymphgefässe entstehen.

Stewart: Ozaena nach Abtragung der unteren Muscheln.

Vorstellung einer Frau, der vor 5 Jahren die unteren Muscheln wegen nasaler Verstopfung und Otitis media total entfernt worden sind. Seit der Operation bestehen in Nase und Nasenrachenraum beständig Krustenbildung und Fötor.

Spicer hält den Beweis, dass es sich hier um Ursache und Wirkung handelt, durchaus nicht für erbracht, da eine Nasenerkrankung bei der Patientin von Kindheit an bestand.

Waggett theilt mit, dass die Frau ausdrücklich angiebt, dass Krusten vor der Operation nicht bestanden.

Stewart erwidert, dass nach der Anamnese der nasale Ausfluss ursprünglich dem entsprach, den man bei hypertrophischer Rhinitis antrifft.

Roughton: Eine diagnostisch zweifelhafte Schwellung im Kehlkopf.

52jähriger Mann mit einer Schwellung der Taschenbänder und der benachbarten Theile, die auf Reizung durch Schwefeldämpfe zurückgeführt wird.

Beale und Thomson halten tuberculöse Erkrankung für wahrscheinlich.

Symonds glaubt an maligne Erkrankung besonders wegen der Anschwellung der Submaxillardrüsen.

Tilley: Mechanische Fixation der Stimmbänder.

43jähriger Mann, der im Anschluss an eine Erkältung an Heiserkeit und Dysphagie und dann an rasch zunehmender Dyspnoe erkrankte, so dass die Tracheotomie gemacht werden musste. An den Aryknorpeln bestand ein erhebliches Oedem und die Stimmbandbewegungen waren träge. Der Pat. vermag auch jetzt noch nicht durch den Larynx zu athmen. Da eine intrathoracische Erkrankung nicht nachweisbar ist, führt T. die Adductionsstellung der Stimmbänder auf eine Fixation der Arygelenke zurück.

Tilley: Doppelseitige Abductorenlähmung ohne ersichtliche Ursache.

49jähriger Mann, der vor 5 Jahren tracheotomirt werden musste wegen einer Annäherung der beiden Stimmbänder an einander, die noch jetzt fortdauert. Weder Tabes noch eine intrathoracische Erkrankung lassen sich nachweisen; T. denkt an die Möglichkeit einer peripheren Neuritis.

Tilley: Eine fluctuirende Geschwulst über dem linken Flügel des Schildknorpels.

Vorstellung eines Knaben von 10 Jahren, der links am Halse bis etwas über die Mittellinie heraus eine ziemlich pralle fluctuirende Geschwulst hat. Dieselbe ist seit 3 Wochen bemerkt.

Butlin bringt den Tumor mit dem Ductus thyro-lingualis in Zusammenhang.

St. Clair Thomson: Beschreibung und Abbildung einer Methode zur Entfernung eines doppelten Angelhakens aus dem Halse von Sir Robert Christison (aus dem Jahre 1819).

Auszug: „Der Haken war doppelt (ein Theil kleiner, als der andere) und hatte sich quer am oberen Theil des Schlundes von vorn nach hinten festgebohrt. Der Faden, an dem er befestigt war, hing zum Munde heraus. Es wurde in die Elfenbeinspitze einer Sonde ein Loch gebohrt, jedoch mit Rücksicht auf die Ungleichheit der beiden Theile des Doppelhakens, den der Knabe nach Grösse und Form gut zu beschreiben in der Lage war, nicht in der Mitte der Sonde. Der Faden, an dem der Haken sass, wurde durch dieses Loch gezogen und dann die Sonde eingeführt. Beide Haken wurden von der Sonde gedeckt und nachdem zuerst ein wenig vorgestossen war, um die Haken zu lösen, wurde das Ganze ohne Mühe herausgezogen. Erheblich erleichtert wurde die Extraction . . . durch die vorangehende Eiterung.“

Charters Symonds: Epitheliom des Kehlkopfs.

S. stellt den 55 jährigen Pat. wieder vor, den er am 12. Januar bereits demonstrirt hat. Er hat bei demselben die Totalexstirpation des Kehlkopfs mit theilweiser Entfernung des ebenfalls ergriffenen Pharynx ausgeführt. Die Trachea wurde dicht über der Incisura sterni in die Haut eingenäht. Der Pat., der nach 24 Stunden schon per os ernährt wurde, machte eine ungestörte Reconvalescenz durch. Das Präparat, das S. vorlegt, zeigt ausgedehnte krebsige Infiltration beider Hälften des Kehlkopfs. Vergrösserte Lymphdrüsen wurden nicht gefunden.

David Newman: Sectionspräparat eines Falles von Epitheliom des Kehlkopfs, der 2mal operirt worden ist.

1890 wurde die Thyrotomie gemacht wegen Epitheliom eines Stimmbandes. Bis 1893 wurde kein Recidiv beobachtet; dann wurde ein kaum erbsengrosser Tumor von der vorderen Commissur entfernt. Diesmal blieb der Pat. recidivfrei bis 1897. Um diese Zeit machte sich eine ödematöse Schwellung des Larynx gleichzeitig mit einer Nierenerkrankung bemerkbar. Der Patient starb plötzlich an Larynxödem. Bei der Section fand sich eine epitheliomatöse Ulceration.

David Newman: Papillom des Nasenrachenraums.

Redn. demonstrirt eine hühnereigrosse Geschwulst, die er aus dem Postnasalraum eines jungen Mannes entfernt hat.

Willcocks: Adhäsion des weichen Gaumens an der hinteren Rachenwand.

Vorstellung einer Frau mit alter syphilitischer Narbenbildung am Gaumensegel.

Symonds und Spencer halten einen chirurgischen Eingriff nicht für rathsam, da die Pat. über keine störenden Symptome zu klagen hat.

Walsham stellt einen ähnlichen Fall vor.

Sir Felix Semon: Ein Fall von Rhinitis, Pharyngitis und Laryngitis sicca.

48jähr. Mann mit den Symptomen der atrophischen Rhinitis in der rechten Nasenseite; dieselbe ist ungewöhnlich weit und mit Krusten bedeckt. Von Erkrankung der Nebenhöhlen oder Syphilis ist nichts nachweisbar. Ausserdem besteht eine Pharyngitis und Laryngitis sicca; auf den Stimmbändern sind reichlich Krusten vorhanden.

Das Interesse des Falles liegt in der Einseitigkeit der atrophischen Rhinitis und in der Dauer des Processes, der sich sonst gewöhnlich um das 40. Lebensjahr erschöpft. Auch die Betheiligung des Larynx ist in England ziemlich selten.

Sir Felix Semon: Ein sehr ungewöhnlicher Kehlkopftumor.

Pat., eine Frau von 40 Jahren, war bis vor 10 Jahren gesund; nur litt sie von Zeit zu Zeit an „leichten Krämpfen im Halse". Vor 10 Jahren bemerkte sie zuerst eine Schwellung in der linken Submaxillargegend. Dieselbe nahm allmälig zu und hat jetzt etwa Wallnussgrösse erreicht. Im Anfang bestand weder Dyspnoe noch Dysphagie. Im Frühjahr und im Herbst pflegte die Geschwulst etwas zuzunehmen. Nach und nach verursachte sie einige Spannung und Druck und schliesslich wurde die Athmung dauernd kurz, während gleichzeitig die früheren Anfälle von Krämpfen im Halse an Stärke zunahmen. Major (Montreal) entdeckte bei der Untersuchung der Pat. einen Kehlkopftumor und versuchte denselben zu punctiren, ohne jedoch Flüssigkeit zu treffen. Die Pat. kam dann nach England und suchte ein Specialkrankenhaus auf, in dem versucht wurde, einen Theil der Geschwulst mit der galvanokaustischen Schlinge zu entfernen. Es scheint danach Oedem aufgetreten zu sein und die Tracheotomie wurde nothwendig; seither — 7 Jahre — trug die Pat. die Canüle. Von der Geschwulst wurde nur ein kleines Stück abgetragen und dieses wurde nach der Untersuchung für „bösartig" (krebsig) erklärt. An der submaxillaren Schwellung wurde nichts gemacht. Mehr als einmal erfuhr diese Schwellung vorübergehend eine erhebliche Grössenzunahme, die mit starken durchschiessenden Schmerzen im Hals, in den Kiefern und nach den Ohren verbunden war. Dysphagie bestand niemals und die Stimme ist überraschend klar und kräftig.

Bei Untersuchung der äusseren Geschwulst in der linken Submaxillargegend fühlt sich dieselbe sehr gespannt an und jeder Druck auf sie in der Richtung nach innen ruft sofort Würgen und Husten hervor. Der Tumor ist mit der Haut nicht verwachsen und lässt sich ein wenig nach verschiedenen Richtungen verschieben, scheint aber mit einem tiefer gelegenen Gebilde zusammenzuhängen. Die benachbarten Drüsen sind nicht geschwollen. Bei der laryngoskopischen Untersuchung erscheint fast das ganze Gesichtsfeld erfüllt von einer enormen Geschwulst der linken Kehlkopfhälfte, die fast bis an den freien Rand der Epiglottis und nach unten bis zum linken Aryknorpel reicht. Alle Theile des Kehlkopfs innerhalb dieses Bereichs sind, wie es scheint, in dieser glatten runden Geschwulst, die von einer anscheinend normalen Schleimhaut bekleidet ist, aufgegangen. Von der Epiglottis selbst ist nicht viel mehr, als der freie Rand zu sehen, der ganz nach rechts herumgedreht ist. Von diesem schmalen Rest springt nach unten an der

dorsalen, wie an der ventralen Fläche der Tumor vor, der das Taschenband, das Lig. ary-epiglotticum und den Aryknorpel umfasst. Rechts von dieser Geschwulst ist noch eine enge Rinne zurückgeblieben, die nach rechts von dem rechten Taschenband begrenzt wird. Die Stimmbänder sind nicht zu sehen. Der rechte Aryknorpel bewegt sich gut, während die linke Kehlkopfhälfte fast ganz still steht. Beim Berühren der Geschwulst mit der Sonde hat man das Gefühl einer elastischen Consistenz. Der Befund, d. h. das Bestehen dieser verhältnissmässig riesigen Geschwulst ist um so überraschender, als die Stimme fast völlig natürlich klingt.

Newman hält den Tumor für ein Sarcom, ein Fibrom oder fibrocystisch.

Symmonds räth zur Operation.

de Santi ist der Meinung, dass die Anamnese nicht für ein Sarcom spricht.

Butlin hält die Operation für möglich. Der äussere Tumor bewegt sich mit dem Zungenbein und kann mit der Schilddrüse in Zusammenhang stehen.

Bronner: Localisirte Verdickung der Interarytaenoidfalte tuberculösen Ursprungs.

B. hat eine Frau in Behandlung, die seit 7 Jahren permanent heiser ist. Dieselbe leidet an einer interarytaenoidalen Verdickung. Die angewandten Applicationen haben keine dauernde Besserung gebracht, obgleich auch mit der Zange und dem Galvanokauter mehrfach eingegriffen wurde. Der Zustand ist noch derselbe wie vor etwa 4 Jahren. Durch die mikroskopische Untersuchung ist der tuberculöse Charakter der Schwellung festgestellt worden. Andere Zeichen von Tuberculose sind nicht vorhanden. Redn. befragt die Versammlung darüber, ob 1. diese Fälle von chronischer Verdickung der Interarytaenoidalfalte oft tuberculös sind und 2. ob bei ihnen die Gefahr der Ausbreitung der Krankheit besteht.

Tilley und Spencer äussern sich dahin, dass es für den Verlauf derartiger Fälle am besten ist, wenn man sie sich selbst überlässt.

de Santi: Operation wegen ausgedehnter Adhäsion des Gaumensegels.

Der Fall betrifft eine Frau, die seit ihrer Kindheit in dem Krankenhaus beobachtet worden ist. Dieselbe leidet unzweifelhaft an congenitaler Lues, hat nach ihrer Ehe ebenso ohne Zweifel eine frische Lues acquirirt und hat einem syphilitischen Kinde das Leben gegeben. Das Velum war fest mit der hinteren Rachenwand verwachsen, der Nasopharynx vollständig abgeschlossen. Die Pat. litt an starken Schmerzen in der Gegend des Warzenfortsatzes. Es gelang Redn., an der rechten Seite das Narbengewebe mit der Scheere abzulösen; den Lappen, den er auf diese Weise gewann, befestigte er vorn am harten Gaumen. Eine Wiederverwachsung fand nicht statt und die Beschwerden der Pat. sind geschwunden.

de Santi: Exostose der rechten Stirnhöhle mit Drucksymptomen.

Redn. stellt einen Patienten vor, der seit 5 Jahren eine grosse, bewegliche Exostose hatte, die den rechten Sinus frontalis ausdehnte. Erst in der letzten Zeit, als sich ein Abscess in der Gegend des inneren Winkels bildete, traten störende Symptome auf.

de Santi: Syphilitische Periostitis der Stirn.

Vorstellung eines Mannes mit einem syphilitischen Knoten unmittelbar über der Articulatio fronto-nasalis. Der Pat. hatte früher eine doppelseitige symmetrische Schwellung der Parotisgegend gehabt, die unter Jodbehandlung vergangen ist.

Lawrence: Maligne Geschwulst der Unterlippen.

61jähriger Mann mit einer malignen warzigen Geschwulst.

Lawrence: Mandelschwellung nach der Tonsillotomie.

Vorstellung eines Pat., der seit Jahren über seinen Hals klagte. Im vorigen November wurden demselben die hypertrophischen Mandeln herausgenommen. Seitdem sind die Mandeln bereits wieder hypertrophirt und gleichzeitig die Halsdrüsen angeschwollen.

Butlin und Semon glauben, dass es sich in diesem Falle um eine Mischung von Syphilis und Tuberculose handelt.

Spencer hält es für rathsam, auf Diphtheriebacillen zu untersuchen.

Lake: Schneidende Kehlkopfzange.

Demonstration einer Doppelcurette zur Behandlung von Kehlkopftuberculose (vergl. Journal of Laryngology, Mai 1898).

Lambert Lack: Fall von Phthisis und geheilter Kehlkopftuberculose.

19jähriges Mädchen mit den Symptomen einer Lungenphthise; Tuberkelbacillen wurden im Sputum nachgewiesen. Auf dem rechten Stimmband und Taschenband waren blassrothe Granulationen zu sehen. Nach einer 2monatlichen Behandlung mit der Curette und Milchsäure waren die laryngealen Erscheinungen vollständig beseitigt und diese Heilung hat jetzt bereits seit 18 Monaten Bestand. Die Lungensymptome haben keinen Fortschritt gemacht und der Allgemeinzustand ist ein gleichmässig guter.

Berichtigung zum Bericht über die Sitzung vom 9. Februar 1898.

Sir Felix Semon ist irrthümlicher Weise die Behauptung in den Mund gelegt worden (gelegentlich des Falles von Spencer), dass er sich keines Falles von Heilung nach der Pharyngotomia subhyoidea entsinne. Thatsächlich sagte derselbe, dass nach Sendziak's Tabellen 50 pCt. der so operirten Carcinomfälle letal endigen.

Sitzung vom 13. April 1898.

Vorsitzender: H. T. Butlin.

Wingrave: Epiglottiscyste.

13jähriges Mädchen, dem vor 4 Jahren die Mandeln herausgeschnitten wurden; damals ist nichts Anormales im Larynx bemerkt worden. Jetzt sieht man auf der hinteren Fläche der Epiglottis eine klein-kirschgrosse Geschwulst.

Edward Law hat solche Tumoren öfters nach der Tonsillotomie beobachtet und hält es für möglich, dass hier ein Zusammenhang mit dem Trauma besteht.

Wingrave: Chronische Pharyngitis.

Vorstellung eines Mannes von 26 Jahren mit chronischer eitriger Otitis media. Die Untersuchung des Rachens erwies eine beiderseitige symmetrische Verdickung, welche hinter den hinteren Gaumenbögen beginnend nach der Mittellinie in der Höhe des Velums hin zog. Die Anamnese bezüglich congenitaler Syphilis war etwas zweifelhaft.

Spicer glaubt, dass eine Adhäsion zwischen hinterem Gaumenbogen und Rachenwand vorhanden ist.

Grant führt den Zustand auf Hyperplasie der Salpingopharyngeal-Falten zurück.

Hill meint, dass eine Adhäsion der Plica salpingo-pharyngealis an dem hinteren Gaumenbogen vorliegt.

Law vermuthet ein Gummi der seitlichen Rachenwand.

St. Clair Thomson hat beobachtet, dass ein Gummi der Luschka'schen Tonsille durchbricht und eine derartige Verdickung in der Höhe des Velums zurücklässt.

Dundas Grant: Modification des Baratoux'schen electrischen Laryngophantoms.

An Grant's modificirtem Phantom ist die Schwierigkeit beseitigt, die in der Auswahl der mit den numerirten Stellen des Phantoms verbundenen Drähte gelegen war. G. hat ein Bild des Larynx auf einer Elfenbeinplatte hinzugefügt und die einzelnen Punkte dieses sind mit den entsprechenden Stellen des Kehlkopfmodells durch Kupferröhren verbunden. Man hat nun den Draht nur mit einem bestimmten Punkte auf der Platte zu verbinden.

Dundas Grant: Ein Fall von Empyem der Stirnhöhle geheilt durch die Ogston-Luc'sche Operation.

Pat. ist ein Gichtiker von 40 Jahren, der seit 6 Monaten an foetidem Ausfluss aus der linken Nasenseite und Schmerzen in der linken Regio frontalis litt. Empyem der Kieferhöhle wurde ausgeschlossen; dagegen ergab die Durchleuchtung eine relative Mattigkeit der linken Stirnhöhle. Eine Zeit lang wurde eine Besserung erzielt durch Cocainisirung der mittleren Muschel und durch die Anwendung des Politzer'schen Verfahrens unter Verschluss der Ohren und des linken Nasenloches bei Aussprache der Laute „ee“.

Später wurde die Operation nach Ogston-Luc gemacht. Die Wunde an der Stirn heilte per primam. Die ersten Tage wurde mittelst einer Glasspritze, die an das Ende des Drainrohres angesetzt wurde, ein klein wenig Eiter ausgesogen. Nach einer Woche wurde ein feines Rohr durch das Drain eingeführt und eine Irrigation vorgenommen. Am 10. Tage konnte das Drainrohr entfernt werden. Der Pat. ist jetzt ohne Schmerz und ohne Ausfluss.

Wingrave: Mikroskopische Präparate vom Gewebe der Stirnhöhle.

Die Schnitte zeigen ein kleinzelliges, lymphoides Gewebe, das Knötchen enthält, ähnlich den gewöhnlichen adenoiden Wucherungen.

St. Clair Thomson wünscht von pathologischer Seite eine Erklärung dafür, dass das gleiche adenoide Gewebe in der Stirnhöhle, in den Hypertrophien der Arygegend und in vergrösserten unteren Muscheln vorhanden ist.

Spencer ist der Ansicht, dass lymphadenomatöses Gewebe sich nach chronischer Reizung entwickelt und in einem gewissen Sinne einen Vorläufer von Eiterung darstellt. Es können Schwierigkeiten bestehen, tuberculöse Depots und Lymphadenom auseinanderzuhalten.

Pegler hat in anderen Fällen nur Granulationsgewebe in den Stirnhöhlen gefunden.

Symonds erwähnt einen Fall von Stirnhöhlenerkrankung, der in Lungentuberculose ausging.

Wingrave hält Tuberkel für ausgeschlossen wegen der grossen Aehnlichkeit dieser Präparate mit dem normalen Mandelgewebe und wegen der regulären Gruppirung der Knötchen.

Spencer: Oedematöse Hypertrophie der Aryknorpel.

Redn. stellt einen 47jährigen Mann vor, der seit über 1 Jahr an einer Kehlkopfaffection litt, die als ein ungewöhnlicher Zustand von Oedem angesehen wurde. Die zunehmende Dyspnoe drängte auf eine extralaryngeale Operation hin und es wurde die Thyreotomie gemacht. Bei der Eröffnung des Larynx sah man beide Aryknorpel zu Daumendicke angeschwollen, mit glatter Oberfläche. Der Rest des Kehlkopfs schien gesund. Die Geschwülste wurden mit der Scheere abgetragen; der Schnitt ging durch die Spitze des Knorpels. Der Pat. ist seit 1 Jahre gesund geblieben und das Kehlkopfbild ist jetzt fast normal.

Mikroskopisch boten die Geschwülste das Bild eines weichen, ödematösen Fibroms; sie waren mit normalem Epithel bekleidet und enthielten Gruppen von Schleimdrüsen. Redn. vergleicht den Krankheitsprocess mit der gewöhnlichen Hypertrophie der unteren Muschel.

Yearsley: Papillom der Nasenscheidewand.

20jähriger Mann, der seit 3 Monaten über Schmerzen in der rechten Nasenseite mit zunehmender Verstopfung derselben klagte. Es fand sich bei der Untersuchung ein Tumor an dem knorpligen Septum $^3/_4$ Zoll vom Vestibulum nasi. Derselbe wurde entfernt und erwies sich als ein Papillom mit sehr feinen Fimbrien.

Lambert Lack: Laryngealer Stridor und Nasenverstopfung.

Redn. zeigt ein schwächlich entwickeltes Kind von 5 Monaten mit krähender Athmung, die seit der Geburt besteht. An der oberen Apertur des Kehlkopfes ist keine Abnormität zu bemerken. Dagegen besteht fast vollständiger Verschluss

der Nasenpassage. Der Stridor verstärkt sich im Schlaf und hat den Charakter eines echten Kehlkopfstridors. Es soll eine gründliche Untersuchung in Narkose vorgenommen werden. Ernest Wagget.

---

b) Sitzungsberichte der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte in Budapest.

III. Sitzung vom 31. März 1898.

Vorsitzender: v. Navratil, später Böke.

Secretär: Polyák.

1. Polyák: Fall von Chorditis vocalis inferior hypertrophica.

15 Jahre altes Mädchen ist seit 4 Jahren heiser. Seit 8—9 Monaten stenotisches Athmen. Glottis 2 mm breit, der subglottische Raum mit dunkelbraunen, trockenen Krusten ausgefüllt. Am 12. März Tracheotomia inferior bei Schleich-scher Infiltrations-Anästhesie.

Seit dieser Zeit fühlte sich Pat. wohler, Irritationserscheinungen und Krustenbildung im Kehlkopfe haben aufgehört und nun ist die diffuse, bei Sondenberührung sehr harte Verdickung der unteren Flächen der Stimmlippen deutlich sichtbar.

Vortr. hält die Verdickung für Sclerom, obwohl irgend ein scleromatöser Process an der Nase oder im Nasenrachen nicht nachweisbar ist. Seinerseits wäre er für die Fissur des Larynx mit gründlicher Entfernung alles Kranken; ist dies geschehen und sind die excidirten Theile mikroskopisch untersucht, dann werde er über den Fall weiter Bericht erstatten.

Némai hält den Fall nicht für Sclerom.

Baumgarten: Es lässt sich schwer entscheiden, ob der Fall Sclerom ist, da die Luftröhre auch stenotisch, konisch verengt ist. Ich halte die Excision nicht für nothwendig, da wir durch Intubation oder Dilatation ein volles Resultat in 2—3 Wochen erreichen können.

Polyák: In Ermangelung der histologischen Untersuchung ist er auf dem Wege der Exclusion zur Diagnose des Scleroms gekommen. Gegen entzündlichen Ursprung sprach die allzu harte Consistenz der Gewebe. Gegenüber den Bemerkungen Baumgarten's nehme er denselben Standpunkt ein, welchen in der vergangenen Sitzung v. Navratil präcisirt hat und wende die Dilatation nur dort an, wo sie zu vollständiger Heilung führen kann, also bei Stenosen entzündlich-hypertrophischen Ursprungs. Das Sclerom bessert sich auf Dilatation aber nur vorübergehend und eine Heilung ist hier nur von einem radicalen Eingriffe zu erwarten.

Baumgarten: Ich kenne Scleromfälle, welche 5 bis 6mal operirt wurden und stets wiederwuchsen und kenne auch Fälle, welche nach der Dilatation Jahre lang stillstanden; wächst die Geschwulst nach, dann muss wieder intubirt werden; dies ist, methodisch ausgeführt, von der besten Wirkung.

v. Navratil: Da sich Herr Polyák im Verlaufe der Discussion auf ihn berufen hat, will er seinen Standpunkt klarlegen. Bei dem wirklichen Sclerom erwarte ich von der Dilatation keinen dauernden Erfolg; nur kommt es vor, dass Bindegewebshypertrophien mit Sclerom verwechselt werden. Haben wir mit einfachen Hypertrophien zu thun, dann soll die Dilatation mit kleinen Tuben oder im Anfange eventuell mit Bougies vorgenommen werden; die Schrötter'schen Bolzen sind zu diesem Zwecke weniger geeignet, als die O'Dwyer'schen Tuben. Bei wirklichen Scleromen ist aber die Excision indicirt; stellt sich nach der Operation Recidiv ein, dann ist eben nicht alles Krankhafte entfernt worden.

Das isolirte Sclerom kommt im Kehlkopfe nur sehr selten vor; er habe in 32 Jahren im Ganzen 3 Fälle gesehen.

Was die Diagnose des Scleroms betrifft, so ist diese heute in der Cocainanästhesie mit der Sondenuntersuchung leichter zu stellen.

2. Polyák: Mit Hilfe der Langenbeck'schen Temporärresection operirter Fall eines von der rechten Kieferhöhle auf die rechte untere Muschel ausgebreiteten Sarcoms.

Die 45 Jahre alte Pat. ist in der Sitzung vom 24. Februar unter dem Titel: „Bösartige Neubildung in der rechten Nase" vom Vortr. demonstrirt worden. Die histologische Untersuchung hat die Diagnose auf „Sarcoma fusocellulare myxomatodes" festgestellt.

Am 10. März Operation in Chloroformnarkose. Die Operation wurde von Herrn Prim. Dr. Lüdvik ausgeführt. Nach Durchtrennung der Schleimhaut der Kieferhöhle fielen aus dieser Höhle mehrere grössere, cystisch degenerirte und dicken Schleim enthaltende weiche Polypen vor. Die Höhle selbst war mit einer blass-rosafarbigen, weichen, markigen Geschwulst ausgefüllt, die Geschwulst usurirte die nasale Wand der Höhle, resp. bildete sie auch zu einer Geschwulstmasse um und ging von hier auf die benachbarte untere Muschel über, deren enorme Vergrösserung und sarcomatöse Degeneration verursachend. Die Geschwulst wurde aus dem Antrum und der Nase unter starker Blutung mit dem Finger losgelöst und der letzte, dem hinteren Ende der unteren Muschel entsprechende und wegen seiner Grösse in die Choane eingekeilte Theil zuletzt auf die Weise exstirpirt, dass derselbe mit dem rechten Zeigefinger durch den Nasenrachenraum zuerst in die Nase zurückgeschoben und dann von hier aus entfernt wurde. Nach Ausräumung der Geschwulsttheile ist die usurirte Knochenpartie der lateralen Nasenwand mit dem scharfen Löffel energisch ausgekratzt worden. Die Nasenschleimhaut war an den übrigen Stellen glatt und intact. Nach Tamponirung der Nasenhöhle ist der Lappen zurückgebogen und angenäht worden.

Der Wundverlauf war tadellos, Pat. fühlt sich seither wohl, die Wunde der curettirten Knochenwand ist jetzt verheilt und mit Epithel bedeckt.

3. Baumgarten: Geschwüre des harten Gaumens.

Pat. wurde in der Januarsitzung vorgestellt und hat seither eine energische Inunctionscur durchgemacht, so dass bereits Stomatitis mercurial. vorhanden ist. Die Geschwüre haben sich aber absolut nicht geändert; Lues ist daher ebenso wie Tuberculose ausgeschlossen, die Natur der Geschwüre nicht zu eruiren.

Polyák: Ich habe den Fall für Lues gehalten, heute verliert diese Supposition an Wahrscheinlichkeit. Das Bild, das klein-knotige Aussehen, spricht, wenn wir Lues ausschliessen, dafür, dass das Leiden doch lupös sein muss.

Baumgarten: In den curettirten Theilen sind weder Riesenzellen, noch Bacillen gefunden worden.

4. Baumgarten: Blutender Septumpolyp.

Pat. kam vor mehreren Jahren wegen profuser Blutung aus der linken Nase in Behandlung.

Links vorn am Septum eine halbmandelgrosse, grauröthliche, schon bei Berührung blutende Geschwulst, die ausgekratzt wurde, aber bald recidivirte. Mikroskopische Untersuchung ergab Myxom, bei einem anderen Pathologen Myxosarcom. Die Geschwulst wurde einigemale ausgekratzt, recidivirte aber wieder; bald war der Tumor auch auf der anderen Seite zu sehen. Vortr. schnitt dann endlich im Septum die ganze Geschwulst aus, die Ränder wurden mit dem Galvanokauter einige Male nachträglich gebrannt, wodurch ein fast kreuzergrosses Loch vorne im Septum cart. entstand. Seit 3 Jahren keine Recidive und keine Blutung, die Perforation ist kleiner, Pat. ist gesund.

5. Baumgarten: Recurrenslähmung bei einem 5jährigen Kinde.

Recurrenslähmungen kommen bei Kindern zuweilen vor, doch eine so klassische Lähmung, wie diese, kann man selten beobachten. Das linke Stimmband steht unbeweglich in der Cadaverstellung, das rechte macht regelmässige Excursionen, erreicht aber nicht, wie beim Erwachsenen, bei der Phonation das kranke Stimmband, da es nicht über die Mittellinie hinaus bewegt wird. Das Kind ist heiser und hustet eigenthümlich. Dieser Zustand soll 3 Jahre bestehen. Innere Organe normal. Aus Erfahrung bei den Sectionen wissen wir, dass solche Lähmungen durch Bronchialdrüsen, die den Recurrens drücken, verursacht werden.

6 Winkler: Elephantiasis labiorum oris.

U. S., 45 Jahre alt, Arbeiter. Seit 8 Jahren krank, starker Raucher, hat viel an Zahnkrankheiten gelitten. Ober- und Unterlippe, besonders letztere stark gewulstet, hochgradig vergrössert; an den Mundwinkeln bei Palpation drüsig anzufühlen. Leukoplakie der Schleimhaut der Mundwinkel, Wangen und Zungenränder. Lues nicht nachweisbar.

Sitzung vom 28. April 1898.

Vorsitzender: v. Navratil.

Secretär: Polyák.

1. Morelli: Fall von Chorditis haemorrhagica.

39jährige ledige Köchin leidet seit einigen Jahren wiederholt zur Winterzeit an trockenem Husten, Halsschmerzen, erschwertem Schlucken und Sprechen. Ihre jetzige Erkrankung entstand vor 8 Tagen mit Suffocation, Heiserkeit, starkem Husten, besonders in der Nacht; zweimal spuckte sie auch Blut. Bei der laryngoskopischen Untersuchung zeigt sich der Kehlkopf und die Luftröhre von dickem, klebrigem Schleim bedeckt. Stimmritze und Stimmbänder sind von demselben, wie von einem Netze überzogen. Am 3. Tage wurden echte und falsche Stimmbänder purpurroth, sammetartig und mit Blutgerinnsel bedeckt, was sich am Tage zuvor angeblich in blutigem Sputum ankündigte. Dieser Zustand hielt bis zum 30. an, wo ich Pat. zuletzt sah; heute ist das Blutgerinnsel bereits verschwunden, die Stimmbänder sind wohl lebhaft geröthet, jedoch nicht aufgelockert, nicht sammetartig.

Die Chorditis haemorrhagica entsteht meinen Erfahrungen nach gewöhnlich zuerst in Gestalt eines trockenen Catarrhs, wie dies auch Gottstein constatirte; und die Hyperämie und Blutung kann ausnahmsweise vielleicht durch den starken Husten und Erschütterung ausgelöst werden. Diese Blutung wurde zuerst durch den geehrten Vorsitzenden, Herrn Prof. v. Navratil beschrieben und zwar im Jahre 1871, jedoch bereits in dem Stadium, wo die Stimmbänder mit dunkelbraunen Blutcoagula bedeckt waren, nach deren Entfernung mit dem Pinsel das Stimmband roth saturirt, geschwollen erschien. Darum benannte er mit Recht dies Bild als Chorditis haemorrhagica. Dessen hat Strübing leider nur flüchtig, andere hingegen überhaupt keine Erwähnung gethan.

Zwillinger hält es für möglich, dass die Blutung auf mechanischem Wege verursacht wurde und dass hier keine Laryngitis haemorrhagica sensu strictiori vorlag, da die Laryngitis haemorrhagica die Bezeichnung nur für jene acute Laryngitiden ist, bei welchen das Bild durch die Blutung modificirt wird. In diesem Falle aber ist auch eine trockene Laryngitis vorhanden gewesen.

Baumgarten ist derselben Meinung wie Zwillinger und hält nur jene Fälle für Laryngitis haemorrhagica, wo die Blutung das einzige Symptom ist; sobald eine Laryngitis sicca vorliegt, kann die Laryngitis haemorrhagica ausgeschlossen werden.

v. Navratil: Den ersten Fall in der Literatur habe ich noch im Jahre 1869 beschrieben. Bei dem Pat. bestand seit 1—2 Tagen eine acute Laryngitis. Ich habe der Erkrankung deshalb den Namen Chorditis haemorrhagica gegeben, weil ich nach der Ablösung der Blutgerinnsel, welche an den Stimmlippen deutlich sichtbar waren, an einzelnen Punkten wieder Blutungen sah mit nachfolgender Gerinnselbildung; nach energischer Pinselung lösten sich diese Gerinnsel wieder

los und die Blutung trat wieder ein. Ein solches acutes Leiden, wie ich es öfter beobachtet habe, dauert 10—15 Tage bis das purpurrothe angeschwollene Stimmband wieder normal wird.

Ich habe immer nur ganz selbständige Fälle von acuter Chorditis haemorrhagica beobachtet. Was die Blutungen betrifft, so ist es Nebensache, ob sie von einer oder von mehreren Stellen oder auch von der ganzen Oberfläche erfolgen; hierdurch wird weder die Diagnose noch das Wesen des Processes verändert, höchstens der Grad der Erkrankung bezeichnet.

Morelli: Ich denke nicht, dass mein Fall der Meinung von Strübing widerspricht, da Strübing selbst Fälle beschreibt, wo catarrhalische Laryngitis mit Schleimsecretion vorlag. Ich bin geneigt, der Ansicht von Gottstein beizustimmen, dass eine acute Chorditis sicca Kehlkopfblutungen verursachen kann und dass bei solchen Processen Gravidität und Menstruation auch eine Rolle spielen können. Im vorliegenden Falle ist die Menstruation aber noch vor der Kehlkopfblutung abgelaufen und die Pat. ist auch nicht gravid.

2. Morelli: Ein Fall von Bronchialstein.

Der demonstrirte Stein stammt von einer 34jährigen Frau, deren Eltern gesund sind. Pat. leidet seit Jahren an trockenem Nasen-, Kehlkopf- und Luftröhrencatarrh, welcher hauptsächlich zur Herbstzeit sich wiederholte. Die gut entwickelte Pat. erkrankte am 14. December v. J. an Influenza; Schluckschmerzen, ausstrahlende Schmerzen gegen das Ohr, Abgeschlagenheit, Fiebergefühl ohne nachweisbare Temperaturerhöhung waren die Begleiterscheinungen. Am 19. trat Schüttelfrost mit 39° Fieber, heftiges Stechen in der rechten Brusthälfte hinzu. Geringer Hustenreiz, geringes Blutspucken. Auscultation und Percussion zeigen keine Abweichung von der Norm. Das Fieber bestand in Begleitung wandernder Schmerzen und morgendlicher Remissionen bis zum 26., wo Pat. unter Erscheinungen heftigen Hustens und Suffocation den Stein aushustete. Einige Minuten darauf trat eine heftige Blutung auf, wobei 40—50 g Blut kamen. Die blutige Expectoration dauerte 4 Tage und wiederholte sich in geringem Maasse am 6. Tage abermals. Nach Entfernung des Steines sank die Temperatur bis nahe zur Norm, am 4. Tag war die Morgentemperatur bereits unter 37°.

Am demonstrirten Stein, welcher die Form und die Grösse einer kleinen Maulbeere besitzt, ist eine weisse Linie sichtbar, ein Bruchstreifen, aus welchem Befunde ich mir zu folgern erlaube, dass noch ein Theil des Steins zurückgeblieben ist und bloss der vorstehende grössere Theil abbrach. Der Stein war von missfarbigem, übelriechendem Secret bedeckt. Ueber üblen Geruch während des Ausathmens klagte Pat. bereits $1^1/_2$—2 Jahre. Die chemische und bakteriologische Untersuchung des Steines wird nachträglich Prof. Pertiz ausführen.

3. Zwillinger: Fall von Cyste des praehyoidealen Schleimbeutels.

H. B., 32 Jahre alter Drechsler, giebt an, dass er seit beiläufig 4 Wochen an seinem Halse einen Knoten bemerkt, welcher langsam an Grösse zunimmt, anderweitig aber keine Beschwerden verursacht.

Vorn am Halse, beiläufig in der Mitte zwischen dem oberen Schildknorpelrande und Zungenbein, befindet sich eine circa wallnussgrosse, rundliche, mit normaler Haut bedeckte Geschwulst; dieselbe ist von gleichmässiger, glatter Oberfläche, elastisch fluctuirend, die Haut über derselben ist verschiebbar, die Geschwulst selbst in kleinen Excursionen nach beiden Seiten zu bewegen. Im Larynx geringe Symptome eines Catarrhs. Die Halsdrüsen sind normal.

Entweder haben wir es mit einer Cyste des zwischen Incisura super. des Schildknorpels und dem Zungenbein constant vorkommenden, auf der Mitte des Lig. hyothyreoideum befindlichen Schleimbeutels zu thun, oder aber mit einer vereiterten Lymphdrüse. Ich erlaube mir den Kranken deshalb jetzt vorzustellen, damit die sehr geehrten Fachgenossen ihre Meinung bezüglich des zu befolgenden Verfahrens abgeben, da es ja bekannt ist, dass Exstirpation, Punction und Injection reizender Lösungen in diesen Fällen kein befriedigendes Resultat ergeben.

Morelli schlägt die Probepunction vor, um die Natur der Cyste feststellen zu können und somit über die weitere Behandlung entscheiden.

Némai hält die Entfernung der Geschwulst für angezeigt.

v. Navratil.

III. Briefkasten.

Gründung einer dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft.

In Kopenhagen hat sich eine dänische oto-laryngologische Gesellschaft gebildet, zu deren Vorsitzendem unser verehrter Mitarbeiter, Dr. Schmiegelow gewählt worden ist.

Vorstand der Londoner Laryngologischen Gesellschaft.

Der Vorstand dieser Gesellschaft ist gegenwärtig folgendermassen zusammengesetzt:

Präsident: Dr. F. de Havilland Hall.
Vicepräsidenten: Dr. A. Bronner und Mr. W. Stewart.
Schatzmeister: Dr. Clifford Beale.
Archivar: Dr. Dundas Grant.
Secretäre: Dr. W. Hill und Dr. Lambert Lack.
Beiräthe: Dr. E. Law.
Mr. W. Spencer.
Dr. Milligan.
Mr. Bowlby.
Dr. Tilley.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, Juni. 1899. No. 6.

I. Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

(Nach einem am 2. April 1899 vor der Versammlung süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg gehaltenen Vortrag.)

Von

Felix Semon.

Die beiden im Titel genannten Fragen verdienen die ernsteste Beachtung aller Betheiligten. Die erste hat seit fast 20 Jahren periodisch zu Erörterungen der unerfreulichsten Art geführt, ohne dass sie bis heute dauernd erledigt wäre. Die zweite hat freilich erst in neuerer Zeit ein aktuelles Interesse gewonnen, dürfte aber für die weitere Entwicklung der Laryngologie in der nächsten Zukunft von wesentlichster Bedeutung sein.

Der ermüdende Kampf um die Gleichberechtigung unserer Specialität mit anderen Zweigen der Medicin bei den internationalen Congressen ist fast immer einzelnen Personen und Fachblättern überlassen geblieben; in seltenen Fällen nur hat eine einzelne Fachgesellschaft oder eine Vereinigung von Universitätslehrern in ihm Stellung genommen; eine wirklich imposante Aeusserung der öffentlichen Meinung aber ist bisher niemals erfolgt.

Was die zweite Frage anlangt, so fehlt es in noch höherem Maasse an einer derartigen Aeusserung. Alles was bisher darüber öffentlich gesagt worden ist, stellt völlig individuelle Anschauungen einzelner Specialisten dar und welches die wirkliche Meinung aller oder doch der Mehrzahl der Fachgenossen über sie ist, dürfte im Augenblick niemand mit Sicherheit sagen können.

Angesichts der Wichtigkeit beider Fragen aber scheint es gegenwärtig, wo wir in den Fachgesellschaften, die nunmehr fast allerorts bestehen, Mittelpunkte

für die Sammlung der Ansichten besitzen, dringend wünschenswerth, endlich einmal darüber Klarheit zu gewinnen, welches denn eigentlich die öffentliche Meinung ist.

Die folgenden Betrachtungen seien daher allen Fachgenossen, ganz besonders aber den Vorsitzenden laryngologischer und otologischer Gesellschaften zur geneigten Beachtung empfohlen. Der Herausgeber des Centralblatts erlaubt sich, denselben den Vorschlag zu unterbreiten, die beiden im Titel genannten Fragen in der ihnen geeignet erscheinenden Form im Schoosse ihrer Gesellschaften zur Discussion zu bringen und am Schlusse derselben die Meinung der Majorität durch Abstimmung festzustellen. Diese Abstimmung sollte womöglich allerorts eine namentliche sein; denn wenn je in einer Frage, so dürfte besonders bei der zweiten hier angeregten der Grundsatz zutreffen, dass man die Stimmen nicht nur zählen, sondern auch wägen müsse. Das Centralblatt wird gern die betreffenden Resolutionen nebst der Liste der Stimmenden zum Abdruck bringen und schliesslich eine Zusammenstellung der erzielten Resultate geben. Auf Grundlage dieser dürfte es dann möglich sein, auf dem im nächsten Jahre bevorstehenden Pariser Congresse zu einer Verständigung darüber zu gelangen, welches die Wünsche der Majorität der Specialisten beider Fächer sind und in welcher Form dieselben den Organisationscomités späterer Congresse zu übermitteln sind. Bisher haben diejenigen, die für die Gleichberechtigung der Laryngologie mit anderen Specialitäten und für ihre selbstständige Stellung bei diesen Gelegenheiten eingetreten sind, sich stets bereits gefassten Beschlüssen gegenüber gefunden, die dann nur mit grosser Mühe verändert oder rückgängig gemacht werden konnten. Unsere Aufgabe für die Zukunft muss es sein, die Fassung solcher Beschlüsse von vornherein zu verhüten.

Mit dem Vorschlag, den obige Zeilen enthalten, ist selbstverständlich nicht beabsichtigt, die einschlägigen Meinungsäusserungen auf den Kreis der Specialgesellschaften zu beschränken. Der Briefkasten des Centralblatts wird gern denjenigen Collegen offen stehen, welche sich für diese Fragen interessiren und nicht die Gelegenheit haben, ihre Anschauung in einer fachgenössischen Gesellschaft zum Ausdruck zu bringen. Jede sachliche Aeusserung wird der Herausgeber um so lieber zum Abdruck bringen, als er sich bewusst ist und ausdrücklich zu betonen wünscht, dass die im zweiten Theile dieses Artikels geäusserten Ansichten nur der Ausdruck seiner eigenen, ganz persönlichen Meinung sind; er wünscht nichts dringender, als auch gegnerische Ansichten im Centralblatt zum Worte kommen zu lassen.

Der erste Theil der folgenden Ausführungen bringt nur die zum Verständniss der Sachlage erforderlichen historischen Daten, für deren objective Richtigkeit der Herausgeber Bürgschaft übernehmen kann. Die meisten derselben — von dem Washingtoner Congresse an — sind bereits früher ausführlich im Centralblatt gegeben worden[1]) und brauchen nur ganz kurz recapitulirt zu werden. Einer etwas ausführlicheren Darstellung bedürfen die Kämpfe um die Stellung der Laryngologie bei dem Londoner und bei dem Kopenhagener Congresse.

1) Vergl. Centralblatt I, 78, 79; II, 245; VII, 272, 273; IX, 110; XI, 942; XII, 145, 146; XIV, 526.

Ob bei den ersten 6 internationalen Congressen Versuche gemacht worden sind, der Laryngologie eine selbständige Stellung zu erwirken, ist unbekannt. An die Oeffentlichkeit ist nichts von solchen gedrungen; sollten sie erfolgt sein, so sind sie jedenfalls missglückt.

(1.) Bei den Vorbereitungen zu dem 7. Congress in London (1881) war die Frage einer besonderen laryngologischen Section erörtert, aber in Folge der persönlichen Unpopularität des derzeit unzweifelhaft hervorragendsten britischen Laryngologen abschlägig entschieden worden. Eine Abänderung dieses Beschlusses, d. h. die Constituirung einer vollen laryngologischen Section wäre nur mit kränkender Uebergehung des Betreffenden bei der Besetzung des Präsidiums zu erreichen gewesen. Um eine solche zu vermeiden, wurde zunächst der Vorschlag gemacht, eine combinirte otologisch-laryngologische Section unter dem Vorsitz eines Ohrenarztes zu bilden. Dieser Vorschlag scheiterte an dem Widerspruch der Otologen, denen bereits eine volle Section zugebilligt worden war. Der einzige Ausweg, der freilich lahm genug war, ergab sich in der Bildung einer laryngologischen Subsection, welche der medicinischen Section affiliirt wurde und keinen eigenen Präsidenten erhielt, deren Vorsitz vielmehr ex officio von einem der Vicepräsidenten der medicinischen Section geführt werden sollte. Eine Anzahl britischer Laryngologen widersetzte sich diesem Compromiss. Es wurde zunächst der Versuch gemacht, die Kehlkopfärzte des Auslandes, welche im Sommer 1880 in Mailand zu dem ersten und einzig gebliebenen internationalen laryngologischen Congress sich versammelten, zu bewegen, die zweite Tagung dieses laryngologischen Specialcongresses im folgenden Jahre in London gleichzeitig mit dem allgemeinen internationalen Congress, aber unabhängig von demselben abzuhalten[1]). Nachdem dieser Versuch gescheitert war, wurde dem britischen Organisationscomité von derselben Fraction ein Protest gegen die Stellung der Laryngologie als einer Subsection unterbreitet. Als auch dieser Einspruch unberücksichtigt blieb und die officiellen Anmeldungen keinen Zweifel daran liessen, dass die Subsection von den bekanntesten Laryngologen aller Länder besucht werden würde, hielten auch die Protestler es für angemessen, ihre Opposition aufzugeben und sich der Subsection anzuschliessen.

Der wissenschaftliche wie der moralische Erfolg dieser ersten Vertretung der Laryngologie in unabhängiger Form bei dem internationalen medicinischen Congresse war ein ungemein grosser. Mehr als 340 Kehlkopfärzte aller Nationen, unter ihnen die hervorragendsten Vertreter des Faches, trugen ihre Namen in die Mitgliederliste ein. Die Verhandlungen waren von derart wissenschaftlichem Geiste getragen, dass selbst ein so conservatives Blatt, wie die Londoner Lancet, die bis dahin der laryngologischen Specialität stets direct feindlich gegenüber gestanden hatte, sich gemüssigt sah, ihrer Anerkennung für das Geleistete in einem besonderen Leitartikel[2]) Ausdruck zu geben, in welchem sie die Errichtung von

---

1) Compte-rendu du Congrès international de Laryngologie. I. Session. Milan. Septembre 1880. p. 117.
2) Lancet. 13. August 1881. p. 302.

Lehrstühlen für das Fach an den grossen Hospitälern verlangte. Und wie befriedigt die Laryngologen selbst von dem erzielten Erfolge waren, dafür giebt die folgende, von Prof. Schnitzler beantragte und von der Subsection einstimmig angenommene Resolution beredtes Zeugniss: „dass, nachdem nunmehr zum ersten Male auf einem internationalen medicinischen Congresse der Laryngologie die Gelegenheit geboten worden sei, ihr Können zu erweisen, und nachdem ihr eine Position unter den anerkannten Specialitäten nunmehr völlig gesichert sei — eine Wiederholung isolirter laryngologischer Congresse nicht mehr erforderlich, es vielmehr wünschenswerth sei, den im vorigen Jahr auf dem Mailänder laryngologischen Congress gefassten Plan: einen zweiten laryngologischen Congress im Jahre 1882 in Paris abzuhalten, nunmehr fallen zu lassen."

(2.) Dem Wahne, dass nunmehr der Laryngologie eine mit allen anderen Specialitäten gleichberechtigte Stellung bei den internationalen Congressen gesichert sei, war freilich schleunige Enttäuschung beschieden. Schon bei den Vorbereitungen zu dem nächsten Congresse in Kopenhagen (1884) stellten sich wiederum der Bildung einer vollen und unabhängigen laryngologischen Section locale Hindernisse in den Weg. Diesmal war es der Umstand, dass keine für die Uebernahme des Präsidiums einer solchen geeignete Persönlichkeit vorhanden war — die gegenwärtigen vortrefflichen Vertreter unseres Faches in Dänemark hatten damals eben erst angefangen, sich der Specialität zu widmen — welcher das dänische Organisationscomité dazu veranlasste, zunächst die Bildung einer combinirten otologisch-laryngologischen Section unter dem Vorsitz eines Otologen in Aussicht zu nehmen. Erst der nachdrückliche Hinweis darauf, dass die Laryngologen nicht deshalb freiwillig auf die Abhaltung weiterer Specialcongresse verzichtet hätten, um nunmehr wiederum in eine abhängige Stellung herabgedrückt zu werden, vermochte das Organisationscomité zu einer Aenderung dieses Planes zu veranlassen. Es wurde jetzt eine unabhängige laryngologische Section constituirt, derselben aber ein ausländischer Präsident mehr oder minder octroyirt, was unter den Angehörigen anderer Nationen derzeit ziemlich viel böses Blut machte — wenn auch aus Rücksicht auf die Wirthe hiervon nichts in die Oeffentlichkeit drang. Dass die ursprünglich beabsichtigte Verschmelzung der laryngologischen mit der otologischen Section gewiss nur wenigen, sicherlich aber nicht der Sache selbst zu Dank gewesen wäre, ergab sich in praxi bei zwei gemeinschaftlichen Discussionen beider Sectionen, welche auf Wunsch des Vorsitzenden der otologischen Section stattfanden. Bei der einen derselben, der Discussion über die Tonsillotomie, blieben die Verhandlungen ausschliesslich in den Händen der Laryngologen, bei der zweiten, der über die von der Nase ausgelösten Reflexneurosen, zogen sich die Otologen in der Mitte der Discussion zurück, weil sie ein ihnen interessanteres Thema zu verhandeln hatten. Die Leistungen der laryngologischen Section stellten sich übrigens denen der Londoner Subsection durchaus ebenbürtig zur Seite.

Ueber die Schicksale der Laryngologie bei den späteren Congressen ist in

diesen Blättern bereits berichtet[1]); wir begnügen uns daher mit der folgenden gedrängten Zusammenstellung der wichtigsten Punkte.

(3.) Washingtoner Congress (1887): Zunächst Constituirung einer vollen laryngologischen Section mit repräsentativem Sectionsbureau. Dann Ausbrechen von Zwistigkeiten unter den amerikanischen Aerzten; Absetzung des Präsidenten (angeblich, weil er mit Homoeopathen consultirte); Verschmelzung der Laryngologie mit der Otologie in eine einzige Section unter Vorsitz eines Otologen bei gänzlichem Fehlen jedes bekannteren laryngologischen Namens im Sectionsbureau. Protest des Centralblatts (II, 355), das vollständige Enthaltung von dem Congresse anräth, falls nicht in letzter Stunde noch angemessene Aenderungen beschlossen würden. Darauf zunächst vages Versprechen unabhängiger Sectionen für den Fall, dass beide Specialitäten das Vorgehen des unpopulären Comité's unterstützen würden, dann, nachdem auch von anderer otologischer und laryngologischer Seite energisch gegen die Verschmelzung protestirt worden war, bedingungslose Reconstruction einer separaten laryngologischen Section. Infolge dieser Zwistigkeiten aber Ausbleiben fast aller europäischen Fachgenossen — von denen nur 2 erschienen — und Enthaltung vieler der bekanntesten amerikanischen Laryngologen von der Theilnahme.

(4.) Berliner Congress (1890): Der einzige, bei dem der Laryngologie dank den Bemühungen ihres Vorsitzenden B. Fraenkel's jeder Kampf um ihre würdige Vertretung erspart geblieben ist. Vollständiger wissenschaftlicher Erfolg, der nur unter der überwältigenden Fülle des Materials einigermassen zu leiden hatte.

(5.) Römischer Congress (1894): Neuer Versuch einer Verschmelzung der Otologie mit der Laryngologie in eine Section. Protest der Berliner laryngologischen Gesellschaft. Darauf Constituirung zweier unabhängiger Sectionen. Die laryngologische Section — dank der vortrefflichen Organisation ihres Vorsitzenden Massei — eine der wenigen wissenschaftlich erfolgreichen dieses Congresses.

(6.) Moskauer Congress (1897): Zunächst Beschluss, dass die Laryngologie, die Otologie und — — die Zahnheilkunde eine „Unterabtheilung" der für Chirurgie und Ophthalmologie bestimmten 9. Section bilden sollten. Proteste seitens B. Fraenkel's, Semon's, der Revue hebdomadaire de laryngologie, der Berliner klinischen Wochenschrift und der holländischen Professoren der Laryngologie. Darauf Zurückziehung des erstgefassten Beschlusses, zu dessen Erklärung und Entschuldigung geltend gemacht wurde, dass an der Universität Moskau keine Professur für Laryngologie bestände, und Gründung zweier separater Sectionen für Otologie und Laryngologie. Ueber die Leistungen der letzteren hat Prof. Chiari in diesem Blatte (XIII, 491) berichtet.

(7.) Pariser Congress (1900): Zunächst Bestimmung, dass der Congress eine „Section spéciale et autonome d'otologie, rhinologie et laryngologie" erhalten und dass „à l'exemple des précédents congrès" diese Section wiederum in „deux sections sécondaires" zerfallen würde, deren eine der Otologie, deren andere der Rhino-Laryngologie gewidmet sein sollte. Auf die Einwendung des Centralblatts, dass nicht wohl abzusehen sei, warum zuerst eine Section für Otologie und La-

1) Vergl. die Anmerkung auf S. 218.

ryngologie constituirt würde, wenn man dieselbe sofort wieder in zwei Sectionen zerfallen liesse, dass die „Sections sécondaires“ doch bedenklich nach den „Subsectionen“ schmeckten, gegen die bei früheren Gelegenheiten wiederholt so energisch protestirt worden sei, und dass die Laryngologie nach ihren bisherigen Leistungen es wohl verlangen dürfe, auf dem Fusse vollständiger Gleichheit mit anderen Specialitäten behandelt zu werden und die durch eben diese Leistungen errungene Stellung auch weiterhin zu behalten, Zugeständniss je einer vollen Section für Laryngologie und Otologie seitens des vorbereitenden französischen Comités.

Der vorstehende Bericht spricht beredt genug für sich selbst. Mit alleiniger Ausnahme des Berliner Congresses ist uns, seitdem wir überhaupt eine Sonderstellung bei den internationalen Congressen erhalten haben, der Kampf um die Würde dieser Stellung und um unsere Unabhängigkeit bei keiner dieser Gelegenheiten erspart geblieben. Aus durch und durch localen und trivialen Gründen hat man es ein nach dem anderen Mal versucht, die Laryngologie in eine untergeordnete Stellung herabzudrücken. Von einem Princip, nach welchem die Vertretung der einzelnen Zweige der Medicin bei diesen Congressen geregelt würde, kann nach den oben skizzirten trüben Erfahrungen nicht wohl die Rede sein.

Es ist Zeit, dass diesem Zustand ein Ende gemacht wird. Wie verschieden auch immer die einzelnen Angehörigen unserer Specialität über Standes- und Titelfragen denken mögen, darüber dürften wohl alle Laryngologen aller Nationalitäten einig sein, dass gegen die Behandlung, die man unserer Specialität bei der Vorbereitung der internationalen Congresse bisher hat angedeihen lassen, Einspruch erhoben werden muss. Und dieser Einspruch sollte rechtzeitig erfolgen, d. h. wie schon Eingangs dieses Artikels angedeutet ist, es sollte die Wiederholung ähnlicher unerfreulicher Kämpfe, wie der oben geschilderten, durch eine einmüthige und imposante Meinungsäusserung der Specialisten aller Länder für die Zukunft unmöglich gemacht werden.

Den Herren Vorsitzenden sämmtlicher laryngologischer resp. oto-laryngologischer Gesellschaften der Welt unterbreiten wir zu diesem Zwecke — unter vorläufiger Beiseitelassung der im 2. Theil dieses Artikels berührten Frage, welche in einer zweiten Resolution zu entscheiden sein wird — den Vorschlag, dass sie bei nächster Gelegenheit den Mitgliedern ihrer Gesellschaft eine Resolution etwa des Inhalts unterbreiten möchten:

Dass die betr. Gesellschaft mit Berufung auf die Leistungen der Laryngologie im Allgemeinen und bei den internationalen medicinischen Congressen im Besonderen der berechtigten Erwartung und der Forderung Ausdruck zu verleihen wünsche, dass bei allen künftigen internationalen Congressen der laryngologischen Specialität die Stellung einer vollen und unabhängigen Section gewahrt werde.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **E. Burgi** (Bern). **Ueber Athmung auf Bergen.** Berlin. physiol. Gesellschaft. 14. August 1898. — *His-Engelmann's Arch. 6. Heft. 1898.*

Bei der Arbeit auf der Höhe findet eine Vermehrung der Kohlensäureausscheidung statt. Die Menge derselben nimmt mit der zunehmenden Trainirung allmälig ab und schliesslich wurde bei B. die Mehrausscheidung in der Höhe durch eine dreitägige Trainirung aufgehoben.

A. ROSENBERG.

2) **Bayer. Ueber üblen Athem. (De la mauvaise haleine.)** *Annales de l'Inst. Chir. de Bruxelles. No. 4. 1898.*

Einleitende terminologische Bemerkungen. Mittheilung eines Falles von üblem Athem, welcher lange Zeit dem Magen zugeschrieben worden war, den Verf. aber durch einen voluminösen Nasenpolypen und chronischen Nasenrachencatarrh bedingt fand. Daran anknüpfend Besprechung der Ursachen des üblen Athems, wie sie in der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle, in Kehlkopf, Bronchien und Lungen, im Verdauungsapparat aufzusuchen und durch gewisse chronische und acute Krankheiten bedingt sind (vergl. S. 262).

Autoreferat.

3) **Ernst Barth** (Brieg). **Das hysterische Zwerchfellasthma.** *Berliner klinische Wochenschr. No. 43. 1898.*

Nach einer kurzen Uebersicht über die verschiedenen Arten von Athemnoth, ihr Zustandekommen, ihre Ursachen und die Erklärungsversuche berichtet Verf. über einen sehr interessanten von ihm beobachteten Krankheitsfall. Ein 23jähriger Unterofficier musste wegen starker Athemnoth ins Lazareth aufgenommen werden. Die anfängliche Vermuthung, es möchte sich um ein cardiales Asthma handeln, erwies sich als irrthümlich. Vielmehr gelangte man zu der Ueberzeugung, dass die Athemnoth durch einen tonischen Krampf des Zwerchfells hervorgerufen sei. (Da die Erscheinungen nicht mit denen des Asthma bronch. übereinstimmten, so wird durch die vorliegende Beobachtung die Wintrich'sche Asthmatheorie widerlegt.) Zeitweilig traten klonische Krämpfe des Zwerchfells hinzu. Der geschilderte Zustand machte nach zwei Wochen einer completen Lähmung des Zwerchfells Platz (Asthma phrenicum von Wernicke), die mit hartnäckiger Obstipation einherging. Hierzu kamen nach einigen Tagen klonische Krämpfe der Bauchmuskeln. Die Behandlung (Faradisation der Phrenici, Einübung der Athembewegungen) führte schliesslich zur Heilung. — Eine Besprechung der einzelnen Erscheinungen und ein Vergleich mit homogenen Zuständen des Larynx bei Hysterischen bildet den Schluss der interessanten Abhandlung.

ZARNIKO.

4) **Baccelli. Influenza mit nervösen Symptomen. (Influenza with nervous symptoms.)** *N. Y. Medical Journal. 26. November u. N. Y. Medical Record. 8. December 1898.*

Verf. verordnet:

Chinin. salicyl 20
Phenacetin. 15
Camphorae. 0,2.

M. div. in dos. aequ. No. 10. S. 2—6 mal täglich 1 Pulver z. n.

LEFFERTS.

5) **R. P. van Calcar** (Amsterdam). **Beitrag zur Kenntniss der Aspirations-Pneumonien. (Bydrage tot de kennis der aspiratie-pneumonien.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 5. S. 153. 1899.*

Verf. hat im Binnengasthuis mehrere Fälle von Aspirationspneumonie bei solchen Patienten auftreten sehen, welche im Rausch ins Wasser gerathen waren, ohne indessen Wasser aspirirt zu haben. Da die Patienten nicht erbrochen hatten, so vermuthet Verf., dass diese Pneumonien durch aspirirte Mundflüssigkeit verursacht worden sind.

Er liefert den experimentellen Nachweis, dass der Inhalt eines gut gereinigten gesunden Mundes in den Lungen gesunder Versuchsthiere pathologische Veränderungen herbeizuführen nicht vermag, dass dagegen der Inhalt eines schlecht unterhaltenen Mundes ausgedehnte Erkrankung der Lungen hervorzurufen im Stande ist.

Verf. spricht die Vermuthung aus, dass die Mortalität an Aspirationspneumonie in den chirurgischen Kliniken sich geringer gestalten würde, wenn immer vor einer Narkose eine scrupulöse Reinigung der Mundhöhle eingeleitet würde. Die Pflege des Gebisses und die Reinheit der Mundhöhle seien von grösster Bedeutung.

H. BURGER.

6) **A. v. Sokolowski. Die krankhaften Veränderungen im oberen Abschnitte des Respirationstractus im Verlauf von Herzklappenfehlern. (Zmiany w górnym odcinku dróg oddechowych przy wadach zastawbowych serca.)** *Gazeta lekarska. No. 43, 44. 1898. Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VIII. p. 464. 1898.*

Verf. untersuchte die obersten Luftwege von 50 Kranken mit mehr oder weniger gut compensirten Herzfehlern. 15 von diesen hatten keine subjectiven Klagen über den oberen Abschnitt des Respirationstractus. Aber nur bei 3 war auch objectiv der Befund normal; bei 47 bestanden mehr oder weniger deutliche Veränderungen an den oberen Schleimhäuten. In der Nase fanden sich häufig weiche, blasse Schwellungen der Muscheln, im Pharynx, an der Epiglottis und der hinteren Larynxwand oft eine starke Röthung u. a. m. Verf. hält die Veränderungen, die er bei den compensirten Herzfehlern fand, für ziemlich charakteristisch. Dagegen sind die Veränderungen bei ausgesprochener Compensationsstörung weniger deutlich und auch wenig charakteristisch. Von 20 Fällen der letzteren Categorie, über die Verf. berichtet, hatte nur einer subjective Beschwerden.

Die Befunde bei den 50 compensirten und 20 nichtcompensirten Herzfehlern sind am Schlusse der Arbeit tabellarisch zusammengestellt.

F. KLEMPERER.

7) **G. Avellis** (Frankfurt a. M.). **Epikrise eines Falles von nicht ganz plötzlichem Thymustod, verursacht durch (vicariirende) Thymus-Vergrösserung bei rudimentär kleiner Milzanlage.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VIII. H. 1. p. 159.*

A.'s interessanter Fall beweist, „dass der Thymustod durch Erstickung erfolgen kann. Die Zukunft wird lehren, ob die Erstickung die einzige Art des Todes bei Thymushypertrophie bildet".

Verf. plädirt für die Weigert'sche Sectionstechnik, nach der Querschnitte durch Thymus und Trachea, die im Zusammenhang gelassen werden, zu machen sind. Nur auf diese Weise, oder indem man nach Paltauf die Trachea am Halse eröffnet und bei künstlichem Licht von oben hineinschaut, kann man eine durch die Thymusvergrösserung hervorgebrachte Tracheostenose feststellen. Der übliche Längsschnitt und die Betrachtung der Thymus mit ihren Nachbarorganen erst ausserhalb des Körpers ist für die Fälle von Thymustod ein „Sectionsfehler".

„Als Novum und vorläufig als Unicum" zeigt A.'s Fall ferner „das Zusammenbestehen einer übergrossen Thymus und einer rudimentär kleinen Milz, so dass man an eine functionelle Hypertrophie des Thymus denken kann. Die Frage ist jedenfalls, besonders in Bezug auf das Knochenmark, bei künftigen Fällen von Thymusvergrösserung der Beachtung werth".

F. KLEMPERER.

8) **Charrin** (Paris). **Uebertragung der Toxine vom Fötus auf die Mutter. (Transmission des toxines du foetus à la mère.)** *Académie des Sciences. 8. August 1898.*

Man weiss, dass lösliche Gifte leicht von der Mutter durch die Placenta auf den Fötus übergehen.

Ch. fragte sich, ob die Toxine auch den umgekehrten Weg passiren können und entschied diese Frage direct durch folgendes Experiment. Er machte bei einem trächtigen Kaninchen mit vorgeschrittener Schwangerschaft die Laparotomie und injicirte 1 ccm Diphtheriegift in die Eingeweide der Jungen; die Dosis vertheilte sich auf 4 von diesen.

Unter 7 Experimenten dieser Art constatirte er 4mal Intoxication der Mutter.

PAUL RAUGÉ.

9) **Vuillermin. Die specifischen Charaktere des Soorpilzes. (Les caractères specifiques du champignon du muguet.)** *Académie des Sciences. 24. October 1898.*

Grawitz hat mit grosser Sorgfalt die exogenen Sporen des Soorpilzes studirt; die endogenen Bildungen dagegen sind nur wenig bekannt. V. beobachtete zwei Varietäten dieser Gebilde: interne Kügelchen und Scheiben. Die letzteren stellen die eigentlichen reproductiven Organe dar. Von sphärischer oder elliptischer Gestalt, enthalten sie im Allgemeinen 4 Sporen, sehr selten

nur 3 oder 2. Dieselben haben die Form einer flachen Ellipse und eine dicke Membran.

Der Soorpilz ist danach zu den echten Ascomyceten zu rechnen. Der Verf. schlägt für ihn die Bezeichnung Endomyces albicans vor.

Die Gegenwart der Ascosporen ist für die Diagnose dieses Pilzes entscheidend und wird auch über die Unität oder Multiplicität der unter dem Namen Oidium albicans zusammengefassten Pilze Aufklärung geben. PAUL RAUGÉ.

b. Nase und Nasenrachenraum.

10) **Peláez Villegas** (Granada). **Hygiene der Nase. (Higiene de la nariz.)** *La Oto-Rino-Laringologia Espannola. No. 5. 1898.*

Verf. behandelt eingehend die wichtige Frage der Hygiene der Nase und Nasenhöhlen. R. BOTEY.

11) **Krieger** (Charlottenburg). **Beitrag zur Kenntniss des „Rhinophyma".** *Dermatol. Zeitschr. V. Bd. 5. H. 1898.*

Bei einem an Oesophaguscarcinom leidenden Manne entwickelte sich an der Nasenspitze ein Tumor, welcher zwar einem Rhinophyma ausserordentlich ähnlich war, aber bei der histologischen Untersuchung sich als ein Carcinom erwies und zwar als eine subepidermoidal gelegene Metastase des Oesophaguskrebses. SEIFERT.

12) **Comte** (Lyon). **Elephantiasis der Nase. (Elephantiasis du nez.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 9. März 1898.*

Der Fall wurde von Jaboulay operirt. Wie die vor der Operation gemachten Photogramme zeigen, war die Geschwulst enorm gross, gelappt, aus mehreren Stücken zusammengesetzt, deren Hauptsächlichstes an der rechten Nasen-Lippenfalte sass.

Der Tumor hatte sich zu seiner schliesslichen Grösse im Laufe von 8 Jahren entwickelt.

Die Operation, die in zwei Sitzungen am 17. Januar und 11. Februar gemacht wurde, bestand in der Excision mittelst der Scheere; es wurden alle Hervorragungen abgeschnitten und eine ebene Fläche geschaffen. Gegenwärtig ist die Nase zwar noch von erheblicher Grösse, hat aber doch nicht mehr die excessiven Dimensionen, die sie vorher zeigte, und hat vor Allem eine regelmässige Oberfläche. PAUL RAUGÉ.

13) **Lossen. Ueber Rhinoplastik mit Einfügen einer Prothese.** *Münch. medic. Wochenschr. No. 48. 1898.*

Es gelingt schwer mit der Rhinoplastik allein bei Fehlen der knorpeligen Nase oder der Nasenspitze ein halbwegs anständiges Resultat zu erzielen, zumal nur von Weichtheilen gebildete Nasen bald schrumpfen. Besser ist das Einfügen

knöcherner Spangen und Platten. L. gelang es durch Einlegen einer Hartkautschukprothese eine ziemlich schöne, wenn auch etwas zu kurze Nase herzustellen.

SCHECH.

14) **Watson Cheyne. Wiederherstellung des Nasenrückens mittelst eines Kaninchenknochens. (Repair of bridge of nose by rabbit bone.)** *Clin. Soc. Report. 1898. Brit. Med. Journal. 5. November 1898.*

15) **Cheyne. Implantation eines Nasenknochens. (Grafting nasal bones.)** *N. Y. Medical Record. 26. November 1898.*

Der Pat. hatte vor 8 Jahren bei einem Unfall ein grosses Stück des Nasenknochens eingebüsst. Ch. legte das Periost an der rechten Seite der Nase blos, entfernte und spaltete den Femur eines Kaninchens und legte Stücke von demselben an das Periost, wonach er den Hautlappen zurückklappte. Die Wunde heilte ohne Eiterung; das Resultat war vortrefflich.

LEFFERTS.

16) **Suslow. Oto-rhinoplastica s. Rhinoplastica ex auriculo.** *Wojenno-Med. Journal. Juni 1898.*

Die Verunstaltung der Nase nach einer Verwundung wurde durch die Transplantation des Ohrläppchens gehoben. Die Anheilung erfolgte anstandslos.

P. HELLAT.

17) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Tast- und Geschmacksempfindungen beim Riechen. (Tast- en smaakgewaarwordingen bij het ruiken.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 4. S. 113. 1899.*

Ausführliche Besprechung der Reizempfindung und der Geschmacksempfindung, welche eine Anzahl Riechstoffe neben dem Riecheindruck hervorrufen. Die neuesten Untersuchungen haben gelehrt, dass die tactile Reizung, welche scharfe Riechstoffe verursachen, ausschliesslich auf das Diffusionsgebiet der durch die vordere Hälfte des Nasenloches eintretenden Luft beschränkt ist. Dasselbe gilt, wenn auch weniger absolut, auch für die gustative Reizung der schmeckenden Riechstoffe, so dass auch noch die Möglichkeit einer pharyngealen Geschmacksempfindung zugestanden werden muss. Die gustative Sensation hat eine ausserordentlich lange Reactionszeit (für die süsse Empfindung im Geruch des Chloroforms: eine Sekunde).

H. BURGER.

18) **Noquet. Subjective Parosmie. (Parosmie subjective.)** *Société centrale de Médecine du Nord. 9. December 1898.*

N. giebt einen Ueberblick über die Geschichte und die Haupterscheinungen der subjectiven Parosmie und berichtet über 2 eigene Fälle.

Der erste betrifft eine 40jährige nervöse Frau, die im Anschluss an eine Coryza stets einen fauligen Geruch empfand. Eine Veränderung in der Nase bestand nicht. N. wandte den constanten Strom an, verlor aber dann die Kranke aus dem Gesicht.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen 54jährigen Mann, der ebenfalls nach Coryza einen Fäulnissgeruch jedesmal im Moment des Essens empfand. Dieser Patient war sonst in keiner Weise krank, auch nicht nervös. In der Nase

fand sich eine Hypertrophie der Schleimhaut der mittleren Muschel, die mit dem Septum in Contact stand. Nach Zerstörung der Hypertrophie verschwand die Parosmie.

A. CARTAZ.

19) **H. Lavrand** (Lille). **Aetiologie und Pathogenese der Schleimpolypen der Nasenhöhlen. (Etiologie et pathogénie des polypes muqueux des fosses nasales.)** *Journal des Sciences Médicales de Lille. 29. Januar 1898.*

L. glaubt den Polypen der Nase, wie denen des Larynx und des Ohres gegenüber an die Theorie des irritativen oder entzündlichen Ursprungs. Diese Ursache ist ganz besonders in Geltung für die Nase, durch welche beständig die Luft entweicht und mit ihr die verschiedenen Substanzen, mit denen sie beladen ist. Eine neuro-arthritische Reizbarkeit macht die Nasenschleimhaut noch mehr für den Einfluss dieser Reize empfänglich.

PAUL RAUGÉ.

20) **W. Okada. Beiträge zur Pathologie der sogen. Schleimpolypen der Nase nebst einigen Bemerkungen über Schleimfärbungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VII. H. 2 u. 3. p. 204. 1898.*

Verf. fasst die Resultate seiner Untersuchungen, die in der Berliner Universitätspoliklinik angestellt sind, in folgenden Schlusssätzen zusammen.

1. Die Schleimhautpolypen der Nase sind entzündliche Neubildungen. Epithel, Bindegewebe, Drüsen und Gefässe sind durch den Entzündungsprocess in Mitleidenschaft gezogen.

2. Das Oberflächenepithel befindet sich im Zustande der schleimigen Metamorphose und so unterscheide ich eine totale und eine partielle schleimige Metamorphose.

3. Unter totaler schleimiger Metamorphose verstehe ich die Umwandlung des gesammten Cylinderepithels, Zelle für Zelle, in ein aus schleimerfüllten Becherzellen bestehendes Epithel, und zwar können entweder nur sämmtliche Zellen der oberen Epithelschicht oder sämmtliche Zellen aller Schichten an diesem Umwandlungsprocess theilgenommen haben.

4. Die partielle schleimige Metamorphose kann eine dreifache sein und zwar
   a) einfache Vermehrung der normalen, zwischen den Cylinderepithelien sich vorfindenden Becherzellen;
   b) Auskleidung der oberflächlichen Epithelbuchten — entweder in ganzer Ausdehnung oder nur ihres Fundus — mit Becherzellen, wobei wiederum entweder nur die oberste Epithellage oder auch sämmtliche Schichten in Becherzellen umgewandelt sein können;
   c) Vorkommen von Gruppen radiär angeordneter Schleimzellen inmitten des sonst normalen Cylinderepithels.

5. Neben der „schleimigen Metamorphose“ des Epithels giebt es noch eine Umwandlung des Cylinderepithels in Plattenepithel und zwar an Stellen, die den Insulten der äusseren Atmosphäre ausgesetzt sind.

6. Die Drüsen der Polypen sind meist vermehrt und haben in der grossen Mehrzahl der Fälle den Charakter der Schleimdrüsen. Bisweilen kommen neben ihnen sogen. seröse Drüsen, selten letztere allein vor.

7. Schleimdrüsen und seröse Drüsen halte ich beide für das Secretions- resp. Ruhestadium ein und derselben Drüsenart.

8. Die Acini der Drüsen sind oft cystös erweitert, bisweilen so stark, dass eine derartige Cyste die Hauptmasse des Polypen darstellt.

9. Der Inhalt derartiger Cysten ist Schleim, doch finden sich inmitten des Schleimes oft runde oder hufeisenförmige, bald grössere, bald kleinere Colloid- resp. Hyalingebilde, welche sich mit sauren Anilinfarben leuchtend roth färben lassen.

10. Wenn sich neben den Drüsencysten bisweilen cystös erweiterte, schleimerfüllte Bindegewebsspalträume vorfinden, so muss eine Communication zwischen den letzteren und der Drüsencyste vorhanden sein.

11. Zur histologischen Darstellung der schleimhaltigen Theile derartiger Polypen eignet sich in hervorragendem Maasse, wegen ihrer Metachromasie, die Thioninfärbung.

12. Das Stroma der Polypen besteht aus alveolärem, mehr oder weniger lockerem Bindegewebe, dessen Maschen Rundzellen und Eiweissserum, niemals aber Schleim enthalten, abgesehen von dem sub 10 erwähnten seltenen Verhältniss.

F. KLEMPERER.

21) **Jonathan Wright** (Brooklyn). **Die sogen. hyalinen Körperchen und andere cellulären Degenerationen in Nasenpolypen. (The so-called hyaline bodies and other hyaline degenerations in nasal polypi.)** *Americ. Journ. Med. Sciences. October 1898.*

Verf. hat die in den Geweben vorkommenden hyalinen Körperchen, welche neuerdings in so hohem Grade die Aufmerksamkeit der Mikroskopiker auf sich gezogen haben, zum Gegenstand seines Studiums gemacht. Er hat eine grosse Anzahl von Präparaten verschiedener pathologischer Zustände sowohl der Nase, wie anderer Körpertheile untersucht und berichtet in der vorliegenden Arbeit über das Resultat dieser Untersuchungen. Die Körperchen, die er beschreibt, entstehen seiner Meinung nach durch degenerative Vorgänge und nehmen gewisse Farben und Reagentien an. Sie haben ihren Ursprung in den Zellen des bindegewebigen Stromas. Die Arbeit, welche eine Reihe von Abbildungen enthält, muss von Interessenten im Original gelesen werden.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

22) **Henry L. Swain. Nasen- und andere Polypen. (Nasal and other polypi.)** *N. Y. Medical Journal. 12. März 1898.*

Polypen sind entzündliche Bildungen und haben das Bestehen eines hypertrophischen Zustandes der Schleimhaut zur Voraussetzung. Der Grund dafür, dass der eine einen Polypen hat, der andere unter genau denselben localen Verhältnissen nicht, scheint in einer eigenthümlichen Veranlagung der Gewebe zu liegen. Der letzte Grund für die Polypenbildung liegt nicht allein in dem Gewebe der mittleren Muschel, sondern ebenso in den constitutionellen Anlagen des betreffenden Individuums. Die neueren Untersuchungen über die Polypen haben uns gelehrt, nicht einen specifischen Parasiten, der Polypen verursacht, zu erwarten, dafür aber auf den praeexistirenden Catarrh und die Constitution des

Patienten, mit der die Endorhinitis im Zusammenhang steht, Werth zu legen; kurz, die Polypen als ein Symptom, nicht als eigene Krankheit anzusehen.

Klinisch ergiebt sich aus diesen Erwägungen die Indication, jeden Polypen je eher je besser zu entfernen, und in den mehr chronischen Fällen soweit als irgend möglich mit den Polypen gleichzeitig auch die ganze erkrankte Partie des Knochens abzutragen.

LEFFERTS.

23) **Jonathan Wright. Papilläre ödematöse Nasenpolypen und ihre Beziehung zu den Adenomen. (Papillary oedematous nasal polypi and their relation to adenomata.)** *N. Y. Med. Journal. 13. November 1897.*

Vergl. den Verhandlungsbericht des 19. Congresses der American Laryngological Association (Centrbl. XV. p. 90).

LEFFERTS.

24) **G. Hunter Mackenzie. Vorlesung für Aerzte über Nasenpolypen, ihre Diagnose und Radicalbehandlung. (Postgraduate lecture on nasal polypi, their diagnosis and radical treatment.)** *Lancet. 5. Februar 1898.*

An die Vorstellung mehrerer Fälle anschliessend giebt Verf. eine lehrreiche Zusammenstellung der neueren Behandlungsmethoden der Nasenpolypen.

ADOLPH BRONNER.

25) **Wm. C. Glasgow. Angiom der Nase. (Angeioma of the nose.)** *N. Y. Med. Journal. 8. Januar 1898.*

Krankengeschichte eines 22jährigen Patienten. Ein röthlicher runder Tumor von Haselnussgrösse verschloss die linke Nasenhöhle. Seine Oberfläche war glatt und glänzender, als normale Schleimhaut. Der Tumor, der mit der kalten Schlinge rasch entfernt wurde, entsprang von dem unteren Rande des knorpligen Septums an dessen vorderen Ende.

LEFFERTS.

26) **Martin** (Lyon). **Geschwulst der Nasenhöhle mit Myeloplaques. (Tumeur à myeloplaxes des fosses nasales.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 2. November 1898.*

20jähriger Patient mit einem Tumor der Nase, der reichliche Blutungen verursachte. Die Geschwulst, die an der oberen Wand inserirte, wurde von Jaboulay entfernt. Die histologische Untersuchung ergab das Vorhandensein der Myeloplaques.

PAUL RAUGÉ.

27) **Schötz** (Berlin). **Ein Fall von Rhinosclerom.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 37. 1898.*

Localisation der Erkrankung war im vorliegenden Falle vorzüglich die Trachea, weniger der Larynx und die Nasenhöhle. Operative Entfernung der stenosirenden Trachealtumoren und Reinhaltung der erkrankten Stellen (wobei Inhalation von Fliederthee sich als besonders brauchbar erwies) führten einen erträglichen Zustand des Pat. herbei. Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung der exstirpirten Theile bestätigte die klinische Diagnose.

Verf. glaubt, dass das Rhinosclerom auch in Berlin häufiger sei, als man annehme, dass es aber nicht immer diagnosticirt werde. Er erinnert sich aus

früheren Jahren mehrerer Fälle, die er heute als Rhinosclerome anzusehen geneigt ist.

ZARNIKO.

28) **Kaposi** (Wien). **Ein Fall von Rhinosclerom.** Verhandlungen der Wiener dermatol. Gesellschaft. Sitzung vom 18. Mai 1898. — *Archiv f. Dermatol. und Syph. XLV. III. 1898.*

Demonstration einer Patientin mit einem von der Nasenschleimhaut ausgehenden Rhinosclerom, das die Cutis noch nicht infiltrirt hat.

CHIARI.

29) **H. Campbell** (London). **Die günstigen Wirkungen eines Krankheitsprocesses auf einen anderen.** Vortrag, geh. in der Briston Medical Society vom 19. Januar 1898. — *Wiener med. Blätter. No. 20, 21. 1898.*

U. A. theilt Verf. auch einen Fall von Rhinosclerom, geheilt durch Typhus, mit. Ein 35jähriger Mann mit vollständigem Verschlusse beider Nasenseiten durch Rhinosclerom. Patient erkrankt an Typhus, nach dessen Ablauf die Obstruction der Nase fast geschwunden war, sodass nur eine leichte Verdickung der Nasenschleimhaut sichtbar ist.

CHIARI.

30) **W. Moore** (Melbourne Victoria). **Angiosarcom in der linken Nasenhöhle. Exstirpation nach osteoplastischer Resection des Oberkiefers. (Angeio-sarcoma in the left nasal cavity — removal after osteo-plastic resection of the upper jaw.)** *Intercolonial Medical Journal of Australia. 20. December 1898.*

Der Patient war ein junger Mann von 17 Jahren. Die linke Carotis externa wurde unterbunden, die Laryngotomie gemacht und der Pharynx mit Gaze ausgestopft. Dann wurde der Oberkiefer nach der gewöhnlichen Methode mitsammt den Weichtheilen zur Seite geklappt, die Geschwulst, die in der Hauptsache von der Siebbeinregion entsprang, abgetragen und der Kiefer replacirt. 19 Tage nach der Operation trat eine heftige Nachblutung ein. Die temporäre Resection des Kiefers giebt ebenso freien Raum, wie die Exstirpation desselben und erspart die Entstellung, die aus letzterer resultirt.

A. J. BRADY.

31) **Jas. E. Nichols. Sarcom der Nasenwege. (Sarcoma of the nasal passages.)** *N. Y. Med. Journal. 8. Januar 1898.*

Vortrag, gehalten auf dem 19. Congress der American Laryngological Association. (Centralbl. XV. Heft 2.)

LEFFERTS.

32) **G. H. Mackenzie. Bemerkungen über einen Fall von malignen Polypen der Nase. (Case of malignant polypus of the nose with remarks.)** *British Med. Journal. 9. Juli 1898.*

60jährige Frau mit Polypen an beiden Nasenseiten und Blutungen aus dem linken Nasenloch. Bei der Abtragung der Polypen trat eine sehr starke Blutung der linken Seite ein. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwülste ergab deren sarcomatöse Natur. Es wurde die Radicaloperation gemacht. Die Frau starb 5 Monate später.

ADOLPH BRONNER.

33) **Klein** (München-Gladbach). **Pathologisch-histologische Studie über eine seltene Combination von Sarcom und Carcinom der Nasenhöhle.** Dissertation. Würzburg 1898.

Zu der vorliegenden Studie gab der von Hellmann (IV. Laryngologentag in Heidelberg) mitgetheilte Fall Veranlassung. Durch die Combination der krebsigen und sacromatösen Wucherung wird die enorme Destructivität der Neubildung verständlich gemacht. SEIFERT.

34) **F. E. Hopkins. Ein Fall von Adenocarcinom der Nase. (A case of adenocarcinoma of the nose.)** *N. Y. Med. Journ. 13. November 1897.*

Verf. hat über den Fall auf dem 19. Congress der American Laryngological Association berichtet. (vergl. Centralbl. XV. S. 90.) LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

35) **M. D. Lederman. Angina Ludovici als Complication von acuter eitriger Otitis. Heilung. (Angina Ludovici complicating an acute suppurative otitis; recovery.)** *N. Y. Med. Record. 8. October 1898.*

L. berichtet über seinen Fall, da ihm ein ähnlicher Ursprung der infectiösen Phlegmone des Mundbodens in der Literatur nicht vorgekommen ist. Sonst handelt es sich bei der Angina Ludovici um einen traumatischen Ursprung, um defecte Zähne oder primäre Infection in benachbarten Geweben. In L.'s Falle ist eine acute eitrige Otitis die Quelle der secundären Infection. LEFFERTS.

36) **H. L. Armstrong. Acute Entzündung der oberen Luftwege. (Acute inflammation of upper air passages.)** *N. Y. Med. Record. 24. September 1898.*

Rp. Eucain. 0,6
Cocain. hydrochlor. 0,6
Aqu. destill. 180,0.
S. Als Spray zu gebrauchen. LEFFERTS.

37) **Marfan. Acute Angina der Kinder. (Acute angina of infants.)** *N. Y. Med. Record. 26. November 1898.*

Rp. Acid carbol. crystall. 0,9
Glycerin. 45,0
Ol. thymi gtt. II
Aquae 480,0.
M. D. S. Zur Irrigation des Rachens. LEFFERTS.

38) **C. Nicolle** und **A. Hébert. Die acuten Anginen mit Friedländer'schen Bacillen. (Les angines aigues à bacilles de Friedländer.)** *Normandie méd. 15. October 1898.*

Die Verff. haben eine chronische Form von Angina beschrieben, die charakterisirt wird durch das Vorhandensein begrenzter, der Schleimhaut adhärenter

und fest haftender Pseudomembranen auf den Mandeln und im Halse bei völligem Fehlen aller allgemeinen und functionellen Symptome, und deren Ursache der Friedländer-Bacillus ist.

Neben dieser häufigeren und typischeren Form existirt noch eine andere, weniger häufige, die acute (und zwischen beiden giebt es wahrscheinlich eine Reihe Mittelformen). Der Anfang dieser Form ist ein ganz acuter; das Fieber setzt mit 38—38,5^{0} ein, dabei besteht Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Schluckschmerz. Dann erscheinen die Pseudomembranen, die stets zart sind, sich leicht ablösen lassen, ohne dass eine Tendenz zur Wiederbildung erkennbar ist. Die Pseudomembranen sind im allgemeinen auf die Mandeln beschränkt, die sie wie ein durchsichtiger Schleier bedecken; selten reichen sie auf die Gaumenbögen und das Velum hinauf. Nach 3—4 Tagen lassen die Allgemeinsymptome nach und der Hals reinigt sich. Die Diagnose kann nur durch die bakteriologische Untersuchung gestellt werden. Die Prognose ist gut. Die Behandlung besteht in antiseptischen Ausspülungen. Die Verff. verfügen über 4 Fälle (vergl. R. S. M. XLIV. p. 494).

A. CARTAZ.

39) **H. Meunier** und **Bertherand. Klinische und bakteriologische Untersuchung eines Falles von acuter diphtheroider Angina mit Leptothrix. (Etude clinique et bactériologique sur un cas d'angine aigue diphtheroide à leptothrix.)** *Archives de méd. des Enfants. p. 577. October 1898.*

Bei einem Kind von 3 Jahren, das eine pseudomembranöse Angina mit den klassischen Zeichen der diphtheritischen Angina hatte, fanden die Verff. keine Löffler'schen Bacillen, dagegen in grosser Menge und fast als Reincultur einen Leptothrixartigen Organismus. Klinisch entwickelte sich die Krankheit ganz wie eine Diphtherie weiter, mit dem Unterschied jedoch, dass eine Seruminjection ohne Erfolg blieb.

Die Verff. sehen den Leptothrixpilz als den Krankheitserreger in ihrem Falle an.

A. CARTAZ.

40) **Le Clerc. Die gichtische Angina. (De l'angine goutteuse.)** *Normandie méd. 15. December 1898.*

L. theilt einen typischen Fall mit. Der 36jährige Patient, ein Gichtiker, bekam am 29. Januar infolge einer Erkältung eine Angina. Dieselbe wurde innerhalb 24 Stunden sehr heftig, es traten Fieber und ausgesprochene Allgemeinerscheinungen ein. Die Mandeln waren roth und geschwollen, desgleichen der Schlund und der Rachen lebhaft geröthet. Am Kieferwinkel waren die Lymphdrüsen etwas geschwollen. Am 1. Februar ist der Zustand der gleiche, dabei Dyspnoe und bedeckte Stimme infolge eines congestiven Oedems der Epiglottis und der ary-epiglottischen Falten.

In der Nacht plötzlicher Abfall des Fiebers und Verschwinden aller Halserscheinungen unter Auftreten einer gichtischen Gelenkentzündung am grossen Zeh. Bis auf den klassischen Schmerz am Fuss fühlt sich Patient am nächsten Morgen wohl.

A. CARTAZ.

41) **H. Vincent** (Paris). **Ueber eine besondere Form von diphtheroider Angina (Angina mit spindelförmigen Bacillen). (Sur une forme particulière d'angine diphthéroide [angine à bacilles fusiformes].)** *Société médicale des Hôpitaux. 11. März 1898.*

Noch eine neue Form von diphtheroider Angina und eine neue Abart von Pseudodiphtheriebacillen!

Vincent (vom Val do Grace) beschreibt eine pseudomembranöse Angina, die er in 14 Fällen beobachtete und die gewisse Aehnlichkeiten mit der Diphtherie hat.

Dieselbe betrifft den Erwachsenen. Gewöhnlich einseitig, wird sie charakterisirt durch eine grauliche, pulpöse Membran auf einer exulcerirten Partie, deren nicht gerade tiefe Unebenheiten durch dieselben vollständig ausgeglichen werden. Um den Belag ist die Schleimhaut geschwollen und roth.

Von Symptomen sind vorhanden: Schluckschmerz, fötider Athem; leichtes Fieber; Abgeschlagenheit; leichte, bisweilen fehlende Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen.

Die bakteriologische Untersuchung der Pseudomembran ergiebt in enormen Mengen einen 10—12 μ langen Bacillus, der in der Mitte aufgeschwollen ist und an seinen beiden Enden sich verjüngt. Derselbe bietet zahlreiche Involutionsformen dar, deren gewöhnlichste durch das Vorhandensein von 2, 3, bisweilen mehr rundlichen ungefärbten Vacuolen gekennzeichnet ist. Diese hellen Stellen sind nicht Sporen, denn sie sind der Sporenfärbung nicht zugänglich und auch von ungleicher Grösse. Der Bacill färbt sich nicht nach Gram.

Der spindelförmige Bacill associirt sich oft mit einem nach Gram ebenfalls nicht färbbaren Spirillus.

Die Cultur des Bacillus ist dem Verf. nicht geglückt, trotzdem er die verschiedensten Medien, auch unter Luftausschluss, versuchte.

Auch die Impfung auf das Thier, sowohl auf die Mundschleimhaut, wie in die Conjunctiva, war ohne Erfolg.

Therapeutisch gaben den besten Erfolg Gurgelungen mit Borwasser und Pinselungen mit Jodtinctur.

Die Prognose scheint gut; sämmtliche Fälle heilten ohne Complication.

Dies ist nach Verf.'s Meinung eine neue Form (?) von diphtheroider Angina, die mit der echten Diphtherie verwechselt werden kann und daher gekannt sein muss.

PAUL RAUGÉ.

42) **Monmarson. Angina membranacea bei Kindern. (Pultaceous sore throat in children.)** *N. Y. Med. Record. 8. December 1898.*

Rp. Calc. permanganat. 0,10—0,20
Aqu. destill. 20,0.
M. D. S. Zum äusserlichen Gebrauch.

Der Hals wird mit einer recht heissen Borsäurelösung 3stündlich am Tage und 1 oder 2 mal in der Nacht ausgewaschen. Nach jeder Ausspülung werden die afficirten Partien mit obiger Lösung eingepinselt, wobei man sich bemüht, die Pseudomembranen abzulösen, jedoch ohne unerlaubte Gewaltanwendung.

LEFFERTS.

43) **Louis Rousseau. Beitrag zum Studium der Innervation des Gaumensegels. (Contribution à l'étude de l'innervation des muscles du voile du palais.)** *Thèse de Paris. 1898.*

In einer sehr sorgfältigen Studie zeigt Verf., dass die Anatomen bis heute der Longet'schen Hypothese von der Betheiligung des Facialis an der Innervation des Gaumensegels treugeblieben sind, obgleich dieselbe mit den Ergebnissen der Physiologie (Versuche von Chauveau, Vulpian) im Widerspruch steht. Aus seinen eigenen genauen Beobachtungen schliesst R., dass der Facialis bei der Lähmung des Gaumensegels, dessen Muskeln er nicht innervirt, gar keine Rolle spielt. Das Velum palatinum ist vielmehr in Abhängigkeit vom Vago-accessorius.

A. CARTAZ.

44) **Ducastel** (Paris). **Ein Fall von tuberculöser Perforation des harten Gaumens. (Tubercular perforation of the hard palate. Case.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 14. October 1898. N. Y. Med. News. 19. November 1898.*

D. sah einen Patienten mit einer Perforation des harten Gaumens, die er zuerst für syphilitisch hielt. Bei genauerer Untersuchung constatirte er nahe dem zweiten rechten Molarzahn eine kleine Ulceration, die mit einem weichen Belag bedeckt und von miliaren Knötchen umgeben war. Die Untersuchung der Lungen ergab Zeichen vorgeschrittener Tuberculose; dagegen ergab weder die Anamnese noch die Untersuchung des übrigen Körpers irgend etwas von Syphilis. Die Diagnose auf Tuberculose wurde durch die einige Wochen später stattfindende Section ganz sicher gestellt. Ausser den Erscheinungen in beiden Lungen fand sich eine grosse Ulcerationsfläche am harten Gaumen, in deren Rändern zahlreiche Tuberkelbacillen nachgewiesen wurden. Diese Localisation der Tuberculose ist selten, aber wegen ihrer grossen Aehnlichkeit mit Syphilis besonders wichtig.

LEFFERTS.

45) **Danlos. Frühe syphilitische Perforation des Gaumendachs. (Perforation syphilitique précoce de la voute palatine.)** *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. 10. Februar 1898.*

Der Fall ist nach drei Richtungen hin von Interesse:

1. Wegen des frühen Auftretens des Processes; die syphilitische Ansteckung war erst 10 Monate alt.

2. Wegen des Eintretens dieser tertiären Läsion trotz einer im ersten Anfang der Erkrankung eingeleiteten und 6 Monate hindurch regelmässig fortgesetzten Quecksilbercur.

3. Wegen des Fehlens aller anderen schweren Erscheinungen ausser der Affection am Gaumen.

Erwähnt werden muss, dass die Induration an der Stelle des Primäraffects noch fortbestand.

PAUL RAUGÉ.

46) **Georges Dubosc. Beitrag zum Studium der dermoiden Gebilde am Gaumensegel. (Contribution à l'étude des productions dermoides du voile du palais.)** *Thèse de Paris. 1898.*

Die Dermoidcysten des Gaumensegels sind pathologische Curiositäten. Sie

haben dieselben Symptome und dieselbe Structur, wie die Dermoidcysten anderer Regionen.

Ihre Prognose ist im allgemeinen gutartig, obgleich sie zum Ausgangspunkt eines Epithelioms werden und besonders bei Kindern schwere functionelle Störungen hervorrufen können.

Ihre Pathogenese ist nach der Verneuil'schen Einschlusstheorie zu erklären.

Ihre Therapie besteht in der totalen Exstirpation mit unmittelbarer Restauration des Gaumensegels. A. CARTAZ.

47) **W. L. Bullard. Adenom des weichen Gaumens. (Adenoma of the soft palate.)** *N. Y. Med. Journal. 10. December 1898.*

Die Geschwulst sass ein wenig nach rechts. Es wurde ein Einschnitt durch die Schleimhaut gemacht und mittelst des Fingers und einer stumpfen Zange der Tumor leicht enucleirt. Die Blutung war ziemlich stark, liess sich aber nach der Herausschälung der Geschwulst leicht stillen. Die Wunde heilte in wenig Tagen; nach 10 Tagen hatte der Gaumen wieder ganz sein normales Aussehen.

LEFFERTS.

48) **Schellong** (Doerverden). **Ueber Geschwülste des weichen Gaumens.** Dissert. Göttingen 1897.

Unter den Neubildungen im Gebiete des weichen Gaumens kommen Papillome und Polypen einerseits, Sarcome andererseits am häufigsten vor. Das männliche Geschlecht ist am meisten zu solchen Neubildungen disponirt, wie Sch. auf Grund von 130 Fällen (eigene und fremde Beobachtungen) nachweist. SEIFERT.

49) **Louis Vidal** (Nissam). **Angeborene und familiäre Spaltung des Gaumensegels. (Division congénitale et familiale du voile du palais.)** *Médecine moderne. 5. November 1898.*

Verf. beobachtete 3 Fälle von angeborener Gaumenspalte in derselben Familie, bei einer Frau von 34 Jahren, ihrem 36jährigen Bruder und dessen 5 bis 6 Wochen alter Tochter.

Verf. giebt eine genaue Beschreibung und Abbildungen der in seinen Fällen beobachteten Läsionen und bespricht im Anschluss daran die Frage der Pathogenese.

Es sind 3 Theorien aufgestellt worden:

1. Entwicklungshemmung gewisser Ossificationspunkte, Ausbleiben der Naht etc. (Sappey).

2. Embryonale Resorption (Toshut, Garel).

3. Hypertrophie der Knochen der Schädelbasis, hauptsächlich des Vomer (Grohé), dadurch Nachvorndrängen des Os incisivum und Verhinderung der Vereinigung der beiden Gaumenhälften.

Der Verf. neigt der dritten dieser Erklärungen zu. Bezüglich der Therapie legt sich Verf. folgende 3 Fragen vor: Soll man überhaupt eingreifen? Wann? Und nach welcher Methode?

a) Die Opportunität eines Eingriffes erscheint ihm zweifellos.

b) Was die Zeit des Eingriffes anlangt, so operiren Weber und Billroth im Alter von 4 Wochen; Simon von 15 Tagen; Rouge von 8 Tagen; Forgue und Reclus ziehen vor, zu warten. Das Alter von 7 Jahren (Trélat) hält der Verf. für das geeignetste.

c) Die Operation verdient den Vorzug vor der Prothese. Drei Methoden kommen in Frage:
   1. Die wiederholten Aetzungen. Das Resultat derselben ist nicht viel besser als das der Prothese.
   2. Die Staphylorraphie, die meist unzureichend ist.
   3. Die Uranoplastik, die vor allen anderen den Vorzug verdient.

PAUL RAUGÉ.

50) **L. Bérard** (Lyon). **Revolverschuss in das Gaumendach. (Coup de revolver dans la voute palatine.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. October 1898.*

Der auf Prof. Poncet's Abtheilung aufgenommene Patient, ein Alkoholiker, hatte sich mit einem kleinkalibrigen Revolver in den Mund geschossen. Im Gaumendach war eine Perforation zu sehen. Obgleich der Kranke schwere Nervensymptome darbot (Aphasie, fast allgemeine Contractur), wurde doch angenommen, dass das Projectil nicht in den Schädel eingedrungen sei, dass die nervösen Symptome vielmehr mit dem Alkoholismus in Zusammenhang ständen. In der That fühlte man beim Eingehen in den Pharynx oben in demselben etwas rechts von der Mittellinie eine hervorspringende Stelle, die für den Sitz der Kugel gehalten wurde. Nachdem man vergeblich versucht hatte, den Fremdkörper mit einer durch die Nase eingeführten Curette zu entfernen, wurde eine gebogene Sonde durch den Mund eingeführt. Mit dieser gelang es, die Kugel zu lockern; sie fiel in die Nase und wurde von dort leicht entfernt. Der Kranke heilte nach einfacher chirurgischer Behandlung.

PAUL RAUGÉ.

d. Diphtheritis und Croup.

51) **Joseph Nicolas** (Lyon). **Die verschiedenen Diphtheriesera agglutiniren die gleichen Culturen von Loeffler'schen Bacillen. (Les divers sérums antidiphthériques agglutinent les mêmes échantillons de bacille de Loeffler.)** *Société de Biologie. 29. October 1898. Province médicale. 29. October 1898.*

N. hat früher mitgetheilt (Soc. de Biologie, Juni 1898), dass ein im Laboratorium von Prof. Arloing hergestelltes Diphtherieserum gewisse Culturen von Diphtheriebacillen agglutinirte, während es andere unbeeinflusst liess.

Er hat nun in einer weiteren Versuchsreihe geprüft, wie sich Sera verschiedener Herkunft den verschiedenen Bacillen gegenüber verhalten. Zur Prüfung kam ausser dem Serum von Lyon ein solches von Montpellier, von Lille, von Grenoble und eines vom Institut Pasteur. Es ergab sich, dass alle diese Sera dieselben Röhrchen agglutinirten und dieselben intact liessen.

PAUL RAUGÉ.

52) **Barbier** und **Tollemer** (Paris). **Der Werth des kurzen Bacillus bei der Diagnose der Diphtherie. (De la valeur du bacille court dans le diagnostic de la diphthérie.)** *Société médicale des Hôpitaux. 11. November 1898.*

Die Verff. berichten über einen Fall von pseudomembranöser Angina bei einem Kinde, das im Collaps starb.

Die Untersuchung der Membran ergab das Vorhandensein von Streptokokken, Staphylokokken und kurzen Bacillen.

Bei der Autopsie fanden sich die Streptokokken in allen Organen, Löffler-sche Bacillen nur in der Protuberanz.

Es ist danach wahrscheinlich, dass das Kind einer Streptokokkenseptieämie erlag. Andererseits gestattet das Fehlen langer Bacillen im Halsexsudat nicht, die Diagnose Diphtherie auszuschliessen.

PAUL RAUGÉ.

53) **d'Astros** (Marseille). **Die Diagnose der Mischdiphtherie. (Diagnostic de la diphthérie associée.)** *Congrès de Gynécologie et de Pédiatrie de Marseille. 8.—15. October 1898.*

Die Diagnose ist nur aus dem Gesammt der bakteriologischen und klinischen Zeichen zu stellen.

Die Gegenwart mehrerer Mikroben kann einfach eine Coexistenz derselben bedeuten. Die klinische Beobachtung muss entscheiden, ob die Coexistenz thatsächlich auch eine Mischinfection ist.

Gewiss ist, dass die maligne Diphtherie meistens Mikrobengemische aufweist. Aber es ist auch erwiesen, dass gewisse schwere Formen reine Diphtherien sein können.

PAUL RAUGÉ.

54) **J. Parabia** (Barcelona). **Klinische Mittheilung betreffend einen Fall von croupös-diphtheritischer Laryngitis. (Noticia clinica referente á un caso de laringitis crupal-difterica.)** *Anal. de Obstetric., Ginecopat. y Pediatria. No. 217. 1898.*

Verf. berichtet über den Fall eines 6jährigen Knaben, bei welchem in der Rekonvalescenz von Masern plötzlich die Symptome einer croupösen Larynxaffektion auftraten. Während der Dauer derselben unter Serumbehandlung Erscheinungen von Dermatosen, Drüsenschwellungen etc., welche nach P. auf die Toxine des Heilserums zu beziehen sind.

R. BOTEY.

55) **P. Roca** (Madrid). **Drei Fälle von Diphtherie mit Recidiv im Zeitraum von 2 bis 5 Monaten; Serumtherapie; Heilung. (Tres casos de difteria con recidiva en intervalo de dos á cinco meses. Seroterapia. Curacion.)** *La Oto-Rino-Laring. Espan. No. 11. 1898.*

Im Anschluss an die Beobachtung einiger Fälle von Diphtherie, bei denen nach 2 resp. 5 Monaten ein Recidiv auftrat, stellt Verf. Betrachtungen an über die Dauer der Immunität nach Behandlung mittelst Heilserum und über die relative Schwere der Recidive, sowie im Allgemeinen über die Serumtherapie und die Aussichten auf Heilung der Diphtherie mittelst derselben.

R. BOTEY.

56) **E. Ausset. Diphtheritische Angina und Laryngitis bei einem Kind von 9 Monaten. (Angine et laryngite diphtheriques chez un sujet de 9 mois.)** *Bull. soc. de méd. du Nord. 25. November 1898.*

9 Monate altes Mädchen wegen schwerer Rachen- und Kehlkopfdiphtherie ins Krankenhaus gebracht. Die Untersuchung der Membranen ergiebt Loeffler-sche Bacillen. Da starker Stridor besteht, wird die Intubation gemacht. Die Tube bleibt 12 Stunden liegen. Ausserdem werden 10 ccm Serum eingespritzt. Am Abend darauf muss die Tube von neuem eingeführt werden und die ganze Nacht liegen bleiben. Am 3. Tage sind die Kehlkopferscheinungen verschwunden, die Bronchitis nimmt ab. Das Kind kommt zur Heilung. A. CARTAZ.

57) **E. Ausset. Angina diphtheritica mit Croup; 7 Tage lang fortgesetzte Intubation. Tod durch Glottiskrampf. (Angine diphtherique avec croup, tubage prolongé pendant 7 jours, mort par spasme de la glotte.)** *Echo médical du Nord. 27. November 1898.*

2jähriges Kind, mit Masern ins Krankenhaus aufgenommen, nach Verschwinden des Exanthems an schwerer Diphtherie erkrankt. Seruminjection und Intubation. Sobald die Tube herausgezogen wird, bekommt das Kind starke Dyspnoe, so dass es kaum 1 Stunde ohne Tube sein kann. Einmal wird die Asphyxie so erheblich, dass man zur Chloroformnarkose Zuflucht nimmt und die Tube sofort wieder einführt. Die Diphtherie ist überwunden, aber die Asphyxie besteht noch immer. Man beschliesst, die Tracheotomie zu machen. Während der Vorbereitungen zu derselben wirft das Kind die Tube in einem Hustenstoss aus und stirbt nach wenigen Secunden, ehe noch Hilfe möglich ist. Die Section ergiebt Ulcerationen der Kehlkopfschleimhaut im Vestibulum und unterhalb der Glottis, an den Stellen, an denen die Tube auflag. Verf. hält diese Ulcerationen für die Ursache des Glottiskrampfs. A. CARTAZ.

58) **Roger** und **Garnier. Verallgemeinerung tracheo-bronchialer Diphtherie. (Diphthérie trachéo-bronchique généralisée.)** *Presse med. 9. November 1898.*

Die Verff. beobachteten einen Fall von Diphtherie, der unter anhaltender und zunehmender Dyspnoe zum Tode führte. Als Ursache derselben stellte sich eine ausgedehnte Pseudomembran heraus, die vom Larynx ohne Unterbrechung bis in die kleinsten Verzweigungen der Bronchien reichte. Eine Seruminjection brachte keinen Nutzen und der Tod trat thatsächlich durch die mechanisch verursachte Asphyxie ein. A. CARTAZ.

59) **Kuleschow. Fall von Diphtherie mit der seltenen Complication von Lungenparalyse. (Slutschei dipterita s retkim oslaschneniem paralitscha leehkich.)** *Medicina. 20. September 1897.*

Eine Woche nach der diphtheritischen Erkrankung vollständiges Wohlbefinden. Dann plötzliches Erbrechen ohne jegliche Ursache, krampfhaftes Athmen, Tod durch Lungenlähmung. P. HELLAT.

60) **Hibbard. Herzcomplicationen bei Diphtherie. (Heart complications in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 24. September 1898.*

Verf. constatirte, dass von den Patienten, deren Pulszahl 100 übersteigt,

weniger als die Hälfte zur Genesung kommen. Die Pulsfrequenz und die Mortalität stehen in einem directen Verhältniss und bei Pulszahlen über 150 kommt Heilung relativ selten zu Stande. Starke Pulsverlangsamung ist weniger bedeutungsvoll, aber bei Kindern hat die Bradycardie zuweilen doch eine üble Vorbedeutung. Schwankungen im Rhythmus und in der Höhe des Pulses kommen in etwa 10pCt. der Fälle vor und sind ein warnendes Signal, das auf Complicationen seitens des Herzens hinweist. Auch ein systolisches Geräusch an der Spitze trifft man in etwa 10pCt. der Fälle. Es ist meist durch eine relative Insufficienz der Mitralis in Folge Dilatation des Ventrikels bedingt und nur selten eine Folge von Endocarditis diphtheritischen Ursprungs. Das Geräusch an sich hat wenig zu sagen; wenn aber Vergrösserung der Herzdämpfung und ein accentuirter zweiter Ton über der Pulmonalis vorhanden sind, gestaltet sich die Prognose weniger günstig. LEFFERTS.

61) **F. Sachs. Ueber die Ursachen der Athemnoth im Verlauf der häutigen Bräune und Beiträge zur Behandlung dieser Krankheit. (O przyczynach powstawania duszności w przebiegu dławca oraz kilka uwag o leczeniu dławca.)** *Medycyna. No. 8, 9. 1899.*

Nachdem Verf. die von verschiedenen Autoren angegebenen Theorien der Athemnoth im Verlauf des Larynxcroups (Bretonneau'sche Hypothese, Larynxspasmus reflectorischen Ursprungs und andere) kritisch besprochen hat, giebt er praktische Winke für die Behandlung der oben genannten Erscheinungen.

In Fällen, in denen die Athemnoth grösstentheils von der Verstopfung durch Pseudomembranen abhängig ist, ist in erster Linie die Herausbeförderung der letzteren indicirt.

In den Fällen aber, wo die Athemnoth hauptsächlich als spastische Erscheinung auftritt, muss die Therapie in dieser Richtung einschreiten. A. v. SOKOLOWSKI.

62) **Bonamy** (Nantes). **Eucalyptusdämpfe bei Croup. (Des vapeurs à base d'eucalyptus dans le croup.)** *Assoc. franç. pour l'avancement des Sciences. Session de Nantes. August 1898.*

Wie Variot und Sevestre zeigten, werden die Resultate der Serumtherapie sehr wirksam unterstützt durch den Gebrauch von Dämpfen vor und nach der Operation. Für die nützlichsten hält B. die Eucalyptusdämpfe. Er hat sie in seinen Isolirbaracken angewendet und hat seither weder einen Fall von Contagion, noch Bronchopneumonie beobachtet. Die Eucalyptusdämpfe verhüten also nicht allein die Uebertragung der Diphtherie, sondern bei den Kranken selbst die bei der Diphtherie ebenso häufigen wie gefährlichen Secundärinfectionen.

Die Dämpfe wurden mittelst eines Dampfzerstäubers, der eine Infusion von Eucalyptusblättern (60 g auf 1 Liter) enthält, hergestellt. Die Zerstäuber arbeiteten ununterbrochen, so dass die Luft der Krankenzimmer beständig mit den Dämpfen gesättigt war und das Wasser an den Wänden des auf 18—20° gehaltenen Zimmers herablief.

Unter dem Einfluss dieser Dämpfe lösten sich die fibrinösen Exsudate und die Pseudombranen sehr schnell auf. Ueber seine Resultate giebt B. folgende Tabelle. Behandelt wurden:

1884—85	5	Croupfälle:	operirt	4,	gestorben	1
86	4	„	„	4,	„	2
89	4	„	„	2,	„	1
90	4	„	„	3,	„	0
93	1	„	„	1,	„	0

Im ganzen also 18 Fälle von Croup, davon 14 operirt mit 4 Todesfällen; d. i. 22 pCt. Mortalität der Gesammtfälle, 28,5 pCt. der operirten.

PAUL RAUGÉ.

63) **Sevestre** (Paris). **Die gegenwärtige Behandlung des Croup. (Le traitement du croup à l'époque actuelle.)** *Congrès de gynécologie et de pédiatrie de Marseille. 8.—15. October 1898.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass das Serum ein wirksames Mittel gegen Croup ist. Man muss eine Injection machen, sobald die Erkrankung sich auf den Larynx ausbreitet. Ist die erste Injection nicht ausreichend, so muss sie bald erneuert werden.

PAUL RAUGÉ.

64) **Sevestre. Die derzeitige Prognose und Therapie des Croups. (Le pronostic et le traitement du croup à l'époque actuelle.)** *Bulletin médical. 19. October 1898.*

Aus dem Vergleich früherer und jetziger Statistiken überzeugt sich S. von dem günstigen Einfluss der Serotherapie auf die Heilung der Kehlkopfdiphtherie.

Die Statistik von Roger und Sic umfasst die Jahre 1826 bis 1898 mit:
10721 Fällen, 2107 Heilungen, 8614 Todesfällen.

Die Statistik von Archambault reichte von 1866 bis 98 mit:
4241 Fällen, 1011 Heilungen, 3230 Todesfällen.

Sevestre selbst giebt eine Statistik über die 3 Jahre 1895—98 mit:
1137 Fällen, 863 Heilungen, 274 Todesfällen.

Unter den 274 tödtlich endigenden Fällen trat der Exitus 136 mal während der ersten 24 Stunden des Aufenthalts im Krankenhause ein.

Diese günstigen Resultate sind in erster Linie dem Serum zu danken. Daneben freilich dürfen die anderen Anordnungen nicht vernachlässigt werden.

Die Intubation hat die Tracheotomie ersetzt; sie verdient nach S. den Vorzug, erfordert aber eine ständige ärztliche Ueberwachung und ist ausserhalb des Spitals schwer anzuwenden.

A. CARTAZ.

65) **M. Straub** (Amsterdam). **Die Serumtherapie der Diphtherie. Literatur-Uebersicht. (De serumtherapie der diphtherie. Literatuur-Overzicht.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 6. 1899.*

Kritische Besprechung der Frage auf Grund der neueren Literatur. Wenn auch die Argumente, welche für die Heilkraft des Serums sprechen, namentlich die Abnahme der absoluten Mortalität der Diphtherie, dem Verf. sehr wichtig erscheinen, so reichen dieselben doch noch nicht aus, um ein endgültiges Urtheil darauf zu basiren.

H. BURGER.

66) **A. P. Fokker** (Groningen). **Die Serum-Therapie der Diphtherie. (De serumtherapie der diphtherie.)**

67) **M. Straub. Ibid.**

68) **C. H. H. Spronck** (Utrecht). **Noch etwas über die Serum-Therapie der Diphtherie. (Nog iets over de serumtherapie der diphtherie.)**

69) **A. P. Fokker. Die Serum-Frage. (De serum-quaestie.)**

70) **M. Straub. Antwort.**

71) **A. P. Fokker. Prof. Spronck in der Serum-Frage. (Prof. Spronck in de serum-quaestie.)**

72) **A. P. Fokker. Prof. Straub in der Serum-Frage. (Prof. Straub in de serum-quaestie.)**

73) **C. H. H. Spronck. Prof. Fokker's Möglichkeiten. (Prof. Fokker's mogelykheden.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 8—12. 1899.*

Eine an die Arbeit Straub's anknüpfende, leider nicht immer rein sachliche Discussion über den Werth der Serumtherapie, sowie der Bakteriologie überhaupt.

H. BURGER.

74) **Ippolitow. Resultate der Anwendung von Antidiphtherieserum zu therapeutischen Zwecken in einigen Gegenden von Russland. (Resultati primenenija antidifteriinoi siworotki s letschebnoju tselju w nekotorich mestnostjach rossii.)** *Westnik gigieni. April 1897.*

J. hat für die Jahre 1895 und 1896 die Literaturangaben aus 29 Ortschaften gesammelt. Die Anzahl der behandelten Fälle beträgt 43552, die Sterblichkeit 12 pCt. Der Autor hebt den noch nie dagewesenen geringen Procentsatz der Sterblichkeit hervor. In denselben Gegenden betrug die Sterblichkeit bis dahin stets 30—70 pCt. Neben den eigenen Angaben führt J. die Zahlen des Medicinaldepartements an. Seit 1887 wurde bis 1894 eine im Allgemeinen steigende Erkrankungszahl notirt (100000—220000) bei einer Mortalität von 31,8—33,5 pCt. Im Jahre 1895 betrug die Anzahl der Erkrankungen 237156 mit einer Sterblichkeit von 21,6 pCt.

Eine deutliche Herabsetzung der Mortalität tritt nur in den Ortschaften mit landschaftlicher Selbstverwaltung (semstwo) ein; in den übrigen Gouvernements, Sibirien, Polen, Ostseeprovinzen, bleibt die Sterblichkeit auch für das Jahr 1895 die gleiche. Es ist nicht schwer, die Ursache zu errathen. In den letztgenannten Ortschaften wurde für die regelmässige Anwendung des Serums keine Sorge getragen.

P. HELLAT.

75) **Max Schmidt. Bericht aus der Diphtherieabtheilung des Riga'schen Krankenhauses.** *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 49. 1898.*

S. giebt in seinem Vortrage einige Zusammenstellungen über die procentuale Sterblichkeit vor und während der Serumperiode.

Merkwürdig ist der Umstand, dass der Autor seine vaterländische Literatur überhaupt nicht oder nur via Wien kennt. Dies ist um so eigenthümlicher, als gerade viele vorzügliche Arbeiten über die Diphtheriefrage aus Russland stammen.

P. HELLAT.

76) **Sidney Martin** und **G. B. Hunt. Behandlung der Diphtherie mit Serum im University Hospital 1896 und 1897. (Diphtheria treated with antitoxin serum in University Hospital during 1896 and 1897.)** *N. Y. Med. Record. 21. Oct. 1898.*

Die Diphtheriesterblichkeit fiel von 28 pCt. im ersten Serumjahr auf 17,7 und 17 pCt. in den beiden nächsten Jahren. Ausser dem Einfluss des Serums ist ein Grund für dieses Heruntergehen nicht aufzufinden. Der volle Erfolg des Serums kam erst zur Geltung, als man grosse Dosen anwandte (durchschnittlich 7000—8000 J. E.). Die Initialdose, die man in jedem Falle zu geben hat, sollte nicht unter 6000 Einheiten betragen. Man soll diese Dosis sofort und auf einmal geben. Das Resultat der bakteriologischen Untersuchung darf nicht abgewartet werden, da sich gezeigt hat, dass das Serum nur wenig mehr wirkt, wenn es nach dem 4. Tage gegeben wird.

Das Serum setzt nicht nur die Mortalität herab, sondern verringert auch die Schwere der Erkrankung. Man sieht die Dauer des Fiebers geringer werden, besonders aber sieht man die Ausbreitung der Membran aufhören und ihre Abstossung sich beschleunigen. Es spricht sich dies speciell aus in der Reduction der Mortalität der tracheotomirten Fälle von 65,5 auf 26,4 pCt. LEFFERTS.

77) **Albert Woldert. Ueber die Berechnung der Diphtheriemortalität aus den Mortalitäts-Statistiken einer Grossstadt. (Facts regarding the death-rate of diphtheria when based on the mortality statistics of a city.)** *N. Y. Medical News. 24. September 1898.*

W. weist auf eine Reihe von Fehlerquellen hin, denen man bei der Beurtheilung des Heilwerthes des Diphtherieserums aus den Mortalitätstabellen einer Grossstadt ausgesetzt ist. Aus einer sorgfältigen Analyse der Statistiken von Philadelphia zieht er drei Schlüsse: 1. Die Zeit der Anwendung des Serums ist noch zu kurz, um über seinen Werth ein sicheres Urtheil zu haben. 2. Das Serum ist nicht so oft angewendet worden, als der Fall sein sollte. 3. Das Serum traf gerade nach einer Periode ein, in der die Heilungsaussichten für die Kranken schrittweise heruntergegangen waren. LEFFERTS.

78) **Ballenghien** (Roubaix). **Die Tracheotomie und die Intubation ausserhalb des Krankenhauses. (De la tracheotomie et du tubage en dehors des milieux hospitaliers.)** *Académie de Médecine. 30. August 1898.*

Während Sévestre die Intubation auf das Spital beschränken will, weil sie eine dauernde und besonders geschulte Ueberwachung der Kranken erfordert, erklärt B. die Operation auch ausserhalb des Krankenhauses für möglich und rathsam, sofern nur intelligente und kaltblütige Personen in der Umgebung des Kranken sind. Tritt die Extubation ein, so ist die Asphyxie durchaus keine unmittelbare und man hat gewöhnlich Zeit, den Arzt zu holen, um die Tube wieder einzulegen. PAUL RAUGÉ.

79) **Jacques** (Marseille). **Die Intubation des Kehlkopfs in der Privatpraxis. (De l'intubation du larynx dans la clientèle privée.)** *Congrès de Gynécologie et de Pédiatrie de Marseille. 8.—15. October 1898.*

Viele Aerzte scheuen sich vor der Intubation in der Privatpraxis, weil die

Ueberwachung der intubirten Patienten mit zu grossen Schwierigkeiten verknüpft wäre. G. tritt dieser Meinung entgegen. Man fürchtet nach der Intubation zweierlei: 1. Die Verstopfung der Tube und 2. ihre spontane Ausstossung.

Auf eine 11jährige Erfahrung von 190 Fällen von Intubation gestützt, versichert der Verf.:

1. dass die Verstopfung der Tube ein seltenes Ereigniss ist, wenigstens eine Verstopfung, die so schnell eintritt und so vollständig ist, dass unmittelbare Gefahr entsteht.

2. Die Deplacirung der Tube ist häufiger, aber auch weniger bedeutsam. Die Asphyxie, die nach ihr auftritt, wird kaum vor 4—16 Stunden bedrohlich, also erst nach einer Zeit, die in jedem Falle hinreicht, den Arzt zur Hülfe zu rufen. Uebrigens vermeidet man den Unfall leicht, wenn man eine Tube auswählt, die zu dem Alter des Knaben im richtigen Verhältniss steht und die im Larynx ausreichend fest eingeklemmt liegt. Verf. entfernt, ehe er den Kranken verlässt, stets den Faden; denn dieser ist eine häufige Ursache der Ausstossung der Tube.

Sevestre bekämpft J.'s Ausführungen. Nach seiner Meinung tritt die Asphyxie nicht selten so rapide ein, dass Hilfe nicht mehr rechtzeitig von auswärts geholt werden kann.

Delore theilt mit, dass man in Lyon die Intubation in der Privatpraxis wieder verlassen hat.

PAUL RAUGÉ.

80) **Llorente** (Madrid). **Die Intubation des Kehlkopfs ist die in der grossen Mehrzahl der Fälle, in welchen man bisher die Tracheotomie anwandte, indicirte Operation, nicht nur in den Krankenhäusern, sondern in der Privatklinik. (La intubacion de la laringe es la operacion indicada en la immensa generalidad de los casos, en que se emplenba la traqueotomia, no solo en los hospitales, sino en la clinica particular.)** *Congreso Hispano-Portugués de Cirugia. Madrid 1898.*

L. ist enthusiastischer Anhänger der Intubation.

R. BOTEY.

81) **Poliewktow. Von der Intubation bei Croup in der Privatpraxis. (Ob intubazi pri krupe w tschastnoi praktike.)** *Med. Obosrenie. No. 3. 1898.*

P. glaubt, dass die Intubation fast überall die Tracheotomie ersetzen kann. Namentlich empfiehlt er sie bei Säuglingen, bei denen die Tracheotomie weniger günstige Resultate giebt. —

Im Allgemeinen dürften die Ausführungen des Autors auf richtigen Beobachtungen und Thatsachen beruhen; Referent möchte aber doch vor zu grossen Hoffnungen in Bezug auf die Intubation warnen. Suffocation kann auch durch zu starke Schwellung der Tonsillen erfolgen. In einem solchen Falle ist die Intubation vollständig zwecklos.

P. HELLAT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

82) **Thibout. Gutartige Kehlkopfgeschwülste beim Erwachsenen. (Des tumeurs benignes chez l'adulte.)** *Thèse de Lille. 1898.*

Nichts Neues.

A. CARTAZ.

83) **Arth. Alexander** (Berlin). **Histologische Beiträge zur Lehre von den gutartigen Neubildungen der Stimmlippen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryng. Bd. 7. p. 239. 1898.*

Verf. untersucht die Frage der Betheiligung der Drüsen an der Entstehung und dem Aufbau der gutartigen Stimmlippentumoren. Er beschäftigt sich zuerst mit den Sängerknötchen, den kleinen höchstens stecknadelkopfgrossen, mehr oder weniger blassen, umschriebenen Knötchen, welche am freien Rande der Stimmlippen, etwas vor der Mitte derselben, recht oft beiderseitig an symmetrischen Punkten sitzen. Zur Erklärung dieser Knötchen sind 3 Hypothesen aufgestellt: 1. eine physikalische: Die Knötchen sind Folge einer mechanischen Reibung der Stimmlippenränder an einander; 2. eine physiologische: Die Knötchen bilden sich an Stellen, die Schwingungsknoten der Stimmbänder entsprechen; und 3. eine anatomische: Die Sängerknötchen stehen in Beziehung zu einer dicht unter dem Stimmlippenrande gelegenen Drüse. Verf. zeigt, dass die physikalische Erklärung zum mindesten nicht für alle Fälle Gültigkeit besitzt, dass die zweite (physiologische) Hypothese aber gänzlich hinfällig ist. Für die 3. von Fraenkel aufgestellte Erklärung bringt er durch Untersuchung von drei Knötchen, (von deren Präparaten er photographische Abbildungen giebt) eine neue Stütze. An den Schnitten der Knötchen sieht man die acinösen Läppchen und den Ausführungsgang der von Fraenkel beschriebenen Drüse. Verf. erklärt das Zustandekommen des Knötchens durch behinderten Secretabfluss und Anschwellung dieser Drüse; die Epithelverdickung ist erst eine secundäre. A. behauptet übrigens nicht, dass alle Sängerknötchen derartige Drüsenknötchen darstellen; er hat selbst viele völlig drüsenfreie untersucht. Dagegen sieht er in der Drüsenschwellung eine recht häufige und wichtige Entstehungsursache der Knötchen.

Verf. bespricht dann die Stimmlippenknötchen der Kinder, deren glandulärer Ursprung ebenfalls recht wahrscheinlich ist.

In einem dritten Capitel berichtet Verf. über 2 Retentionscysten, welche an der Grenze des vorderen und mittleren Drittels der Stimmlippen sassen und deren glandulärer Ursprung aus den abgebildeten Präparaten hervorgeht.

F. KLEMPERER.

84) **Arthur Alexander** (Berlin). **Histologische Beiträge zur Lehre von den gutartigen Neubildungen der Stimmlippen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryng. Bd. 8. H. 2. p. 217. 1898.*

Die Fortsetzung der A.'schen Abhandlung enthält in ihrem ersten Theil einen „historischen Rückblick auf die Entwickelung der Lehre vom histologischen Bau der gutartigen Kehlkopfneubildungen, mit besonderer Berücksichtigung der

sogen. Fibrome und Myxome". Verf. unterscheidet 4 Perioden der Entwicklung: Die erste früheste, in der von einer histologischen Untersuchung im modernen Sinne noch nicht eigentlich die Rede ist; die zweite, 1837 mit Ehrmann beginnende und bis 1861 reichende, in der bereits verwerthbare mikroskopische Untersuchungen vorliegen; die dritte, bis 1886 reichende, die unter den bedeutungsvollen Einflüssen der Virchow'schen Geschwulstlehre einerseits und der Entdeckung des Laryngoskops andererseits steht; endlich eine 4. Periode, welche durch drei Arbeiten eingeleitet wird, Virchow's Abhandlung über die Pachydermia laryngis, Semon's Sammelforschung über die Frage des Uebergangs gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige und B. Fraenkel's Arbeit über den Kehlkopfkrebs.

Im zweiten Theile berichtet A. ausführlich über seine eigenen sehr gründlichen mikroskopischen Untersuchungen an Stimmlippenfibromen. Er bespricht das Verhalten der Drüsen und der Gefässe in diesen Tumoren, sowie besonders die degenerativen Vorgänge im Gewebe der Kehlkopfpolypen. In den Fibromen findet sich stets eine hyaline Degeneration der Gefässwände und Erweiterung der Gefässe. Die letztere resultirt aus der ersteren. Der Erweiterung der Gefässe folgt dann die Transsudation des Blutserums. Das Oedem der Polypen hält Verf. für ein entzündliches, für die Folge einer Durchlässigkeit der Gefässe, welche ihrerseits aus einer abgelaufenen Entzündung resultirt. Der erste Ursprung der Polypenbildung aber muss in einem besonders veränderten Zustand des Matriculargewebes, der Plica vocalis, gesucht werden. Ausdruck dieses veränderten Zustandes ist die hyaline Degeneration der Gefässwandungen mit ihrer Folge, der Gefässerweiterung.

Die werthvollen Untersuchungen A.'s, die durch zahlreiche Abbildungen illustrirt sind, lassen sich im Referate nicht erschöpfend wiedergeben; das Studium der Originalarbeit ist erforderlich.

F. KLEMPERER.

85) **Ino. W. Farlow. Ein Fall von subglottischem Fibrom, durch Tracheotomie und Curettement entfernt. (A case of subglottic fibroma. Removal by tracheotomy and curetting.)** *N. Y. Medical Journal. 11. December 1897.*

Nach einem auf dem 19. Congress der American Laryngological Association gehaltenen Vortrage (vergl. Centralbl. XV. S. 90).

LEFFERTS.

86) **Gevaert** (Gent). **Betrachtungen über die Larynxpapillome. (Considérations sur les papillomes du larynx.)** *No. 25. 1898.*

Nach einem allgemeinen Ueberblick über die Natur und Structur, die Häufigkeit des Vorkommens und die Operationsmethoden der Larynxpapillome theilt G. eine Reihe interessanter von ihm operirter Fälle mit zur Beleuchtung seiner Auseinandersetzungen.

BAYER.

87) **Hennebert. Stimmbandpapillome. (Papillomes de la corde vocale.)** *Journ. Méd. de Bruxelles. 1898.*

Im med. Cercle von Brüssel, Sitzung vom 1. Juni 1898, zeigt H. 2 erbsengrosse Papillome, herstammend von 2 Individuen, bei welchen beiden je ein Papillom auf dem rechten Stimmband nächst der vorderen Commissur aufsass.

BAYER.

88) **Egm. Baumgarten** (Budapest). **Ueber die Kehlkopfpapillome bei Kindern und deren Behandlung.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 8. H. 1. p. 168.*

Verf. giebt die Krankengeschichten zweier Zwillingsschwestern, die er beide seit 3—4 Jahren wegen beständig recidivirender Papillome behandelt. Er knüpft daran Erörterungen über die Therapie dieser Tumoren, aus denen folgendes hervorzuheben ist.

Die Tracheotomie ist nur in den seltensten Fällen zu umgehen. Nach derselben tritt oft eine auffallende Verkleinerung der Papillome ein.

Für jeden Fall kommt die Zeit, in welcher die Recidivfähigkeit der Papillome nach der Operation aufhört; meist ist dies erst nach Monaten oder Jahren der Fall, selten schon während der ersten Operationszeit; ob man endolaryngeal operirt oder den Kehlkopf spaltet, ist in dieser Beziehung ganz gleichgültig.

Plötzliche Todesfälle nach der Tracheotomie kommen vor; Papillome und Granulome unterhalb der Canüle sind ihre Ursachen.

Die Intubation hält Verf. nicht für gerechtfertigt; die Tube reisst leicht Papillome ab, die in die tieferen Luftwege fallen und gefährliche Complicationen verursachen können.

Die Laryngofissur hält Verf. nur bei sehr renitenten Kindern für angebracht, wenn es nicht gelingt, endolaryngeal zu operiren; ferner im Anschluss an die Tracheotomie in den Fällen, in denen der Canülenwechsel besonders gefährlich ist und Chromsäureätzungen der Papillome, die Verf. wärmstens empfiehlt, nicht rasch zum Ziele führen. Für alle anderen Fälle aber hält Verf. nach erfolgter Tracheotomie das Löri'sche Verfahren für das beste. Verf. beschreibt die Löri'schen Metallkatheter, die an verschiedenen Stellen 2—3 mm von der Spitze entfernt einen ungefähr $1/2$ cm grossen, ovalen, scharfrandigen Ausschnitt haben. Dieselben werden unter Leitung des Spiegels oder ohne denselben in den Larynx eingeführt, gegen die Stelle gedrückt, an der das Papillom sitzt, und zurückgezogen. Sie bringen das Papillom mit; ist keines vorhanden oder sitzt dasselbe an anderer Stelle, so kommen sie leer zurück; niemals können sie den Kehlkopf verletzen. Verf. räth dringend, dies Verfahren, das sich durch „Einfachheit, Eleganz und Sicherheit" auszeichnet, zu versuchen.

F. KLEMPERER.

89) **Bruno Retzlaff** (Berlin). **Prophylaktische Tracheotomie behufs endolaryngealer Ausrottung eines grossen Papilloms der rechten Stimmlippe.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. H. 2. p. 388. 1898.*

Patientin, eine 25jährige Frau, im 5. Monat schwanger, wurde auf der B. Fraenkel'schen Klinik behandelt. Der Tumor ragte mit einem haselnussgrossen Theil in den oberen Kehlkopfraum hinein, während ein kleinwallnussgrosses Stück in den subglottischen Raum hinabhing. Obgleich keine stärkere Athemnoth bestand, wurde doch aus prophylaktischen Rücksichten unter lokaler Cocainanaesthesie die Tracheotomie gemacht; in den nächsten Tagen wurde dann in voller Ruhe und mit grösserer Sicherheit, als es ohne die Tracheotomie möglich gewesen wäre, in mehreren Sitzungen mit der Zange die Geschwulst entfernt.

F. KLEMPERER.

90) **Stein** und **Juschzenhoff. Ein Fall von cystenförmig degenerirten Neubildungen, welche die beiden wahren Stimmbänder umschlossen.** *Mon. f. Ohr. No. 2. 1898.*

Der Titel besagt das Nöthige; Krankengeschichte und mikroskopischer Befund sind im Original nachzulesen.

SCHECH.

91) **Gaudier. Ein neuer Fall von typischem hyalinen Myxom des Kehlkopfs. (Un nouveau cas de myxome hyalin typique du larynx.)** *Annales des malad. de l'oreille, du larynx etc. No. 4. April 1898.*

Verf. berichtet über seinen Fall und über die Ergebnisse der histologischen Untersuchung desselben. In der Literatur hat er nur 9 ähnliche Fälle auffinden können.

E. J. MOURE.

92) **Alexander Baurowicz. Ueber Schilddrüsengeschwülste im Innern des Kehlkopfes und der Luftröhre.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. H. 2. p. 362. 1898.*

Krankengeschichte eines Falles. Die 21jährige Kranke war vor ca. 5 Monaten wegen Kropf operirt worden und trug eine Tracheotomiecanüle. Unter dem unbeweglich in Mittellinie stehenden linken Stimmbande sitzt eine glatte rothe Geschwulst, welche nahezu den ganzen subglottischen Raum bis zum Fenster der Canüle ausfüllt. Die Diagnose wurde auf strumöse Kehlkopf-Luftröhrengeschwulst gestellt und in der Chloroformnarkose am hängenden Kopf mittelst partieller Laryngotomie die Exstirpation vorgenommen.

Die makroskopische, wie die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst sprechen dafür, dass es sich um ein Hineinwuchern der Struma von aussen her handelte.

Verf., der im Ganzen 8 zuverlässige Fälle von Schilddrüsengeschwülsten im Innern des Kehlkopfes zusammenstellt, wendet sich gegen die zumeist vertretene Theorie, dass es sich um embryonal versprengte Keime handelt, die im Pubertätsalter zur Entwicklung kommen, und bekräftigt die von Ziemssen zuerst ausgesprochene, von Paltauf überzeugend erwiesene Anschauung, dass eine von der Zeit der Entwickelung herrührende abnorme Fixation zwischen Schilddrüse und Trachea vorliegt und infolge dieser normales Schilddrüsengewebe in Kehlkopf oder Luftröhre hineinwuchert.

F. KLEMPERER.

93) **H. Gaudier. Die endolaryngeale Operation der Kehlkopfpolypen; Bericht über 14 in der Klinik operirte Fälle. (Traitement operatoire endo-laryngé des polypes du larynx à propos de 14 cas opérés à la clinique.)** *Echo méd. du Nord. 23. October 1898.*

G. berichtet über 14 Fälle von Fibrom, Myxom (1 Fall) und Papillom, die er operirt hat, und verbreitet sich sehr eingehend über die operative Technik. Er bedient sich der Zange von Dundas Grant und wenn der Tumor an der vorderen Commissur sitzt, der Türk'schen oder der Fauvel'schen Zange.

A. CARTAZ.

94) **Siegele. Ueber einen Fall von Epidermoid des Stimmbandes.** *Münchener med. Wochenschr. No. 29. 1898.*

Hirsekorngrosses schneeweisses Atherom auf dem rechten Stimmband einer 38jährigen Frau, eine äusserst seltene Geschwulstform.

SCHECH.

95) **Ernst Barth** (Brieg). **Zur Casuistik des Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 7. p. 287. 1898.*

Pat. ist als Soldat 1875 und 1876 wiederholt wegen „Kehlkopfpolypen“ mit dem Galvanokauter geätzt worden. Bei der Entlassung 1876 wurden im Kehlkopfinneren „mehrere bis erbsengrosse Wucherungen (Polypen)“ constatirt. 1878 besteht „vollständige Heiserkeit und unveränderter Zustand des Kehlkopfs“. Der Pat. blieb stets heiser, war aber sonst gesund, heirathete 1883 und hatte 6 gesunde Kinder. Erst 1890 begann seine Arbeitsfähigkeit nachzulassen, seit 1892 besteht hochgradige Athemnoth. 1897 stirbt der Patient an Kehlkopfcarcinom. B. berichtet über den Sectionsbefund und über die mikroskopische Untersuchung des Tumors (Abbildung); derselbe zeigt das typische Bild des Carcinoms; daneben aber bestehen noch Wucherungen, die rein papillomatösen Bau aufweisen. Durch den Krankheitsverlauf von 23jähriger Dauer, sowie durch das Resultat der histologischen Untersuchung hält es Verf. für erwiesen, dass hier einer der seltenen Fälle von Umbildung einer anfänglich gutartigen Kehlkopfgeschwulst in eine bösartige vorliegt.

F. KLEMPERER.

96) **Gouguenheim** und **Lombard. Epitheliom des Kehlkopfs. (Epithelioma du larynx.)** *Annal. des malad. de l'oreille. No. 12. December 1898.*

Mittheilung eines Falles, in dem das Epitheliom als gestielter papillomatöser Tumor auftrat. Der Kranke entzog sich 3 Monate nach der endolaryngealen Exstirpation der Geschwulst der weiteren Beobachtung.

E. J. MOURE.

97) **Thomas Jonnesco** (Bucarest). **Epitheliom des Kehlkopfs. Totalexstirpation des Larynx ohne vorherige Tracheotomie nach der Methode von Perier. Heilung. (Epithelioma du larynx. Exstirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable par le procédé de Perier. Guérison.)** *Société de Chirurgie. 20. April 1898.*

45jähr. Mann. Beginn der Krankheit vor 6 Monaten. Das Epitheliom nahm die Epiglottis und den oberen Theil des Larynx ein. Von Symptomen waren Heiserkeit, Dysphagie und Schmerzen vorhanden. Die Operation fand am 8. December 1897 statt. Exstirpirt wurden der Larynx mitsammt der Epiglottis, ein Stück vom Zungenbein und der rechte Lappen der Schilddrüse. Die Trachea wurde in die Wunde eingenäht. Die Ernährung fand zuerst durch eine Dauersonde statt, die durch die Nase eingeführt war, dann durch einen Magenschlauch, der nur zu den Zeiten der Mahlzeiten eingeführt wurde.

Ein künstlicher Larynx nach Perier-Aubry wurde eingesetzt und der Kranke kann sich jetzt recht deutlich verständlich machen.

Die histologische Untersuchung des Tumors kennzeichnete denselben als Pflasterzellen-Epitheliom mit Epidermisnestern. PAUL RAUGÉ.

98) **Duret. Laryngectomie wegen Kehlkopfkrebs. (Laryngectomie pour cancer du larynx.)** *Journal des Sciences médicales de Lille. 23. Juli 1898.*

D. hat die Operation zweimal bei Krebsen, die auf den Larynx beschränkt geblieben waren, ausgeführt. Er wählte die Methode von Perier und Terrier, die er in der Weise modificirte, dass er die durch die Exstirpation des Larynx entstandene Oeffnung mittelst einer Naht am Periost des Zungenbeins schloss.

PAUL RAUGÉ.

99) **Liaras** und **Brindel. Epitheliom des Kehlkopfs. Demonstration des Präparates. (Epithelioma du larynx. Presentation de pièces anatomiques.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. No. 51. 18. December 1898.*

Es handelt sich um ein gelapptes Pflasterzellenepitheliom mit ulcerirter Oberfläche. Im Crico-arytaenoid-Gelenk fand sich Eiter. Die Neubildung war von der Innenfläche eines Aryknorpels ausgegangen, hatte das entsprechende Taschenband, das Ligament. ary-epiglotticum und einen Theil der Epiglottis zerstört und hatte bereits auf die Zungenbasis übergegriffen. E. J. MOURE.

100) **Depage. Laryngectomie. (Laryngectomie.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 5. 1898.*

Vorstellung eines Kranken in der Belgischen chirurgischen Gesellschaft am 22. Januar 1898, bei welchem D. vor 18 Monaten die Laryngectomie vorgenommen hatte. Er hatte in diesem Falle jede Verbindung zwischen Trachea und Mundhöhle beseitigt; bis jetzt kein Recidiv; Patient macht sich mit einer Flüsterstimme seiner Umgebung verständlich. BAYER.

101) **Haunecart. Kehlkopfkrebs; Kehlkopfexstirpation. (Carcinome du larynx. Laryngectomie.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 6. 1898. La Clinique. No. 7. 1898.*

Vorzeigen eines von Dépage exstirpirten Larynx; es musste die ganze Drüsenkette längs der Carotis mitentfernt und diese unterbunden werden. Die Stimmbänder waren von der Neubildung verschont geblieben. BAYER.

102) **Uchermann** (Christiania). **Ein operirter Fall von Cancer laryngis. (Et opereret Tilfälde af Cancer laryngis.)** *Forhandlinger i det medicinske Selskab. S. 129. 1897.*

50jähriger Mann. Im Januar 1892 hat Verf. von dem vorderen Ende des linken Stimmbandes einen kleinen weisslichen Tumor entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab keine sicheren Zeichen von Cancer. 2 Jahre später Recidiv. Die Neubildung war jetzt grösser; das Stimmband frei beweglich. Mikroskopische Diagnose: Epitheliom. Die Geschwulst wurde mittels Zange endolaryngeal entfernt. 1 Jahr später Recidiv. Die Geschwulst mehr diffus, das linke Stimmband nicht so frei beweglich. Die Operation wurde angerathen, aber aufgeschoben bis eintretende Athembeschwerden den Patient ängstlich machten.

Das linke Stimmband war jetzt von der Neubildung durchwachsen, unbeweglich; die Geschwulst ging auf das falsche Stimmband über. Die Commissura anterior war nicht überschritten; nach hinten reichte die Neubildung bis an den Processus vocalis. Tracheotomia sup.; 2 Tage später (Trendelenburg's Canüle) wurde nach Tracheotomie die linke Hälfte der Cartilag. thyreoidea subperichondral entfernt und die Geschwulst sammt dem linken Tubercul. arytaenoideum mittels der Scheere exstirpirt. Der Larynx wurde mit Jodoform- und Carbolgaze ausgefüllt. Die Tampons des Larynx werden jede anderthalb Stunden gewechselt. Heilung.

Der Patient wurde $3^1/_2$ Wochen nach der Operation der medicinischen Gesellschaft zu Christania vorgestellt. SCHMIEGELOW.

103) **Cisneros** (Madrid). **Ein Fall von partieller Resection des Kehlkopfs. (Un caso de reseccion parcial de la laringe.)** *Revist. de Medic. y Ciruj. pract. No. 565. 1898.*

Bericht über Exstirpation eines linksseitigen Epithelioms des Kehlkopfs mittelst partieller Resection desselben bei einem 50jährigen Collegen. Heilung desselben ohne Zwischenfall. R. BOTEY.

104) **Arnold Schiller** (Heidelberg). **Ueber zwei Fälle von primärem malignem Tumor der Epiglottis.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 41/42. 1898.*

2 Fälle. Im ersten war die Epiglottis in einen höckrigen wallnussgrossen, derben Tumor verwandelt, der die ganze Kehlkopfhöhle verdeckte. Pharyngotomia subhyoidea und Excision des Neoplasmas (Prof. Czerny). Mikroskopischer Befund: Mischgeschwulst aus Sarcom und Epitheliom. Bald darauf Excision eines, wie sich herausstellte, carcinomatösen Tumor von der Höhe der Zungenwölbung linkerseits. Ein halbes Jahr nach der ersten Operation Recidiv der Epiglottisgeschwulst und der Zungengeschwulst, Metastasen in den submaxillaren Lymphdrüsen. Erneute Operation, bei der alles erreichbare krankhafte entfernt wird. Die mikroskopische Untersuchung führt Verf. zu der Anschauung, dass die epitheliale Wucherung das Ueberwiegende und Bestimmende gewesen ist, dass „bei einem zur Krebserkrankung disponirten Individuum sich aus einer pachydermalen Epithelwucherung über einem Granulom an der Epiglottis ein Carcinom entwickelt hat, das Metastasen in den Lymphdrüsen derselben Seite machte, und dass kurze Zeit später, vielleicht unabhängig davon, ein zweites Carcinom sich an der Zunge entwickelte, das seinerseits die regionären Lymphdrüsen inficirte".

Im zweiten Falle haselnussgrosses von der Epiglottis nach der rechten Seite des Aditus laryngis hineinwucherndes Neoplasma, röthlich-weiss mit warziger, blumenkohlartiger Oberfläche. Pat. ging nach der Operation an Schluckpneumonie und Lungengangrän zu Grunde, die sich von einer gangränösen Höhle zwischen Zungengrund und Kehlkopf aus entwickelt hatten. Mikroskopisch erwies sich der Tumor als typisches Epitheliom mit geringer Verhornung. ZARNIKO.

105) **Noltenius** (Bremen). **Zur Frage der endolaryngealen Behandlung des Kehlkopf-Krebses.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. H. 1. p. 128.*

Krankengeschichte eines Falles, der in mehrfacher Hinsicht von Interesse ist. Verf. sah den Patienten, der bereits seit Jahresfrist heiser war, Ende 1894.

Es bestand am rechten Stimmband ein „Polyp", der „einen durchaus gutartigen Eindruck" machte. Im Februar 1895 wurde derselbe exstirpirt und der Grund galvanokaustisch zerstört. Im Januar 1897 wurde ein Recidiv in ähnlicher Weise behandelt. Ein neues Recidiv im November 1897 erschien nicht mehr glatt und scharf umschrieben, sondern leicht höckerig und diffus in das benachbarte Gebiet übergehend. Ein Stück der carcinomverdächtigen Geschwulst wurde untersucht; die Diagnose lautete auf Carcinom mit auffällig zahlreicher „Anhäufung von Leukocyten sowohl um die Krebskörper als auch zwischen den einzelnen Krebszellen". Verf. beschliesst die endolaryngeale Operation und entfernt den Tumor mit der Landgraf'schen Doppelcurette am 30. November, den Rest am 14. December 1897. Die Blutung bei der Operation war „auffallend gering". Nach $1/_2$ Stunde trat eine schwere Nachblutung ein „zumeist wohl in die durch Cocainisirung noch theilweise unempfindliche Trachea hinab" und es musste zur Befreiung der Trachea von Blutgerinnseln schliesslich die Trachea und der Kehlkopf gespalten werden. Die Athmung wurde frei; es zeigte sich, „dass die verderbliche Blutung aus zwei circa linsengrossen, in der Gegend des völlig exstirpirten rechten Stimmbandes gelegenen Vertiefungen stammte, aus denen in continuirlichem, aber nur dünnem Rinnen dunkelrothes Blut in die Trachea herabrieselte". Nach Einlegung einer Canüle und Tamponade des Kehlkopfinneren war bis zum 17. December der Zustand des Patienten ein guter. Am 17. Morgens Entfernung der Canüle; Patient ist bis Abends wohl, wird in der Nacht plötzlich kränker und stirbt am Morgen des 18. December.

Die allgemeine Section wird verweigert; die Todesursache ist daher nicht ganz klargestellt.

Der Kehlkopf wird herausgenommen und auf's genauste untersucht; er erweist sich als „absolut frei von carcinomatöser oder sonstiger Erkrankung; eine Erklärung für die abundante Blutung findet sich nicht.

In der Epikrise bespricht Verf.:

1. Das langsame Wachsthum der Geschwulst (die Umwandlung des „Polypen" in ein Carcinom hält Verf. für eine scheinbare).

2. Die Blutung. Pat. war nicht hämophil. Verf. glaubt, dass eine ektatische Vene verletzt wurde; das Carcinom ist mit anzuschuldigen.

3. Die nicht in vivo, aber doch post mortem erwiesene Vollständigkeit der Operation; diese giebt dem Verf., „trotz des ungünstigen Ausganges Berechtigung, in einem ähnlichen Falle nochmals den Versuch zu wagen, ein Kehlkopfcarcinom im Frühstadium per viam naturalem auszurotten".

F. KLEMPERER.

106) **O. Chiari. Beiträge zur Diagnose und Therapie des Larynxkrebses.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. H. 1. 1898.*

Die lesenswerthe Arbeit, in der Verf. 27 ausführliche Krankengeschichten und eine Reihe statistischer Tabellen giebt, schliesst mit folgenden Sätzen:

„Wenn ich nun zum Schlusse noch das Resumé über die Behandlung des Larynxcarcinoms nach meiner Ansicht geben soll, so will ich erwähnen,

dass die endolaryngeale Methode nur selten zur radicalen Entfernung dienen kann.

Bei Carcinomen der Stimmbänder oder Taschenbänder allein dürfte die Laryngofissur mit ausschliesslicher Entfernung von Weichtheilen die beste Methode sein. Butlin und Semon's Vorgehen, gleich nach der Operation die Canüle zu entfernen, hat viel für sich.

Bei Carcinomen anderer Theile mit oder ohne Erkrankung der Stimmbänder kommt nur eine partielle oder totale Exstirpation in Frage. Die partielle hat den Vorzug des besseren functionellen Resultates, die totale, wie es besonders nach den neusten Statistiken scheint, die grössere Menge von Heilungen ohne Recidive. Dagegen war die Zahl der Todesfälle unmittelbar nach der totalen Exstirpation früher grösser; Gluck's Technik scheint aber auch darin eine Besserung herbeigeführt zu haben. Doch ein Nachtheil hängt der totalen Exstirpation an, nämlich die schlechte Stimmbildung, namentlich nach Vornähung der Trachea — denn wenn auch manchmal nach völliger Abschliessung des Mundes von der Luftröhre noch eine halbwegs verständliche Flüsterstimme sich ausbildete, so ist das gewiss nur ein seltenes Glück. Man muss daher jedenfalls den Patienten vor der Operation darauf aufmerksam machen.

Vorzuziehen ist daher die partielle Exstirpation, solange sie als solche noch radical sein kann.

Die Frage endlich, wann ein Larynxcarcinom inoperabel, hängt von vielen Erwägungen ab. Ich möchte als Norm aufstellen, dass jede, wenn auch gefährliche Operation gestattet ist, wenn sie verspricht, alles Krankhafte gründlich zu entfernen; nur muss der Patient kräftig genug sein, um sie voraussichtlich zu überstehen und auf die Folgen bezüglich der Sprache aufmerksam gemacht werden. Gluck's schöne Erfolge geben uns dazu das Recht.

Andererseits wird die sorgfältige Auswahl der Fälle, wie sie besonders Störk fordert, sehr viel beitragen, um die procentuellen Verhältnisse der Heilungen günstiger zu gestalten. Jedenfalls muss in zweifelhaften Fällen eine genaue Erwägung aller Umstände vorhergehen, bevor man sich zu einer Operation entschliesst."

F. KLEMPERER.

107) **J. Sendziak. Einige Bemerkungen zur operativen Behandlung des Kehlkopfkrebses. (Kilka uwag w kwestyi operacyinego leczenia raków krtani.)** *Nowiny lekarskie. No. 1, 2. 1899.*

Verf. ergänzt seine im Jahre 1897 veröffentlichte bekannte Statistik durch neu hinzugekommene Fälle bis Anfang 1898.

Die ganze Statistik enthält nun im Ganzen 640 Fälle von Kehlkopfkrebs, behandelt durch folgende 4 chirurgische Methoden:

1. endolaryngeal behandelt 36 Fälle;
2. mittelst Laryngofissur 136 Fälle:
2. partielle Kehlkopfsresection 201 Fälle;
4. totale Kehlkopfsresection 267 Fälle.

Die Ergebnisse, welche mit diesen verschiedenen Methoden erzielt wurden, stellt Verf. in folgender Tabelle zusammen:

	Operatio endolaryngea	Laryngofissur (Thyreotomie)	Exstirpatio partialis laryngis	Exstirpatio totalis
Fälle	36	136	201	267
1. Absolute Heilung . .	9 (25 pCt.)	17 (12,5 pCt.)	26 (12,9 pCt.)	12 (4,4 pCt.)
2. Relative Heilung . .	5 (14 pCt.)	17 (12,5 pCt.)	20 (10 pCt.)	24 (9 pCt.)
3. Recidive	14 (39 pCt.)	78 (57,3 pCt.)	63 (31,3 pCt.)	81 (30,3 pCt.)
4. Tod als unmittelbare Folge der Operation	0	12 (8,8 pCt.)	44 (21,8 pCt.)	94 (35,2 pCt.)
5. Zu kurze, ungenügende Beobachtung .	11	16	27	32

A. v. SOKOLOWSKI.

108) **W. Lublinski** (Berlin). **Bemerkungen zu dem Aufsatz von Sir Felix Semon über die Radicaloperation bei bösartigen Kehlkopfneubildungen im 6. Band dieses Archivs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. Heft 1. p. 203. 1898.*

L. weist auf seinen Vortrag über den Kehlkopfkrebs am 9. December 1885 (Berliner klin. Wochenschrift No. 8. 1886) hin und zeigt, dass er schon damals über eine Reihe von Punkten (Heiserkeit, Lymphdrüsenschwellung, Ohrenschmerz, Heredität etc.) ganz richtige Anschauungen äusserte. Er bedauert, dass seine damaligen Bemühungen „gänzlich von denen übergangen werden, die, wie ich gern zugestehe, zur weiteren Entwicklung dieser Frage, namentlich in operativer Hinsicht, so Vieles und so Nützliches geleistet haben."

F. KLEMPERER.

f. Schilddrüse.

109) **Lépinois. Der Einfluss des Formols auf die Schilddrüse und die Conservirung frischer Drüsen. (Action du formol sur le corps thyroide. Conservation des glandes fraiches.)** *Société de Thérapeutique. 26. October 1898.*

Eine schwache Formollösung (1 pCt.) erhält die Schilddrüse frisch. Ihre chemische Zusammensetzung scheint durch diese Art der Conservirung nicht wesentlich geändert zu werden. Nur scheint die Löslichkeit der jodhaltigen Eiweisssubstanzen in Wasser oder Salzlösung etwas herabgesetzt zu sein. Die Digestion der Drüse ist auch nach Einlegung in Formol leicht durchzuführen. Diese Thatsachen legen die Annahme nahe, dass das Einlegen der Thyreoidea in Formol ihre therapeutische Wirksamkeit nicht aufhebt.

PAUL RAUGÉ.

110) **Hagmann. Zur Aetiologie der Strumitis. (K etiologii strumita.)** *Chirurgie. No. 24. 1898.*

Mittheilung eines Falles von Strumitis nach Typhus. Breite Eröffnung der Abscesshöhle. Heilung.

P. HELLAT.

111) **Lunin. Cyste einer Glandula thyr. accessoria. (Kista pridatotschnoi schtschitowidnoi jelesi.)** *Chirurgie. No. 13. 1898.*

Die Cyste befand sich unter dem rechten Kieferwinkel. Entfernung.

P. HELLAT.

112) **Doyen** (Paris). **Behandlung der cystischen Kröpfe. (Traitement des goitres kystiques.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

Für die grossen Cysten empfiehlt sich die Methode der Enucleation. Bei polycystischen Kröpfen aber muss man so vorgehen, als ob es sich um solide Geschwülste handelte. D. schlägt für Fälle dieser Art seine Methode der schnellen Thyroidectomie vor, welche es ermöglicht, einen Kropf im Zeitraum von 5 bis 10 Minuten zu entfernen. Er incidirt die oberflächlichen Schichten und isolirt den Tumor schleunigst mit den Fingern, luxirt und enucleirt ihn, indem er ihn stark nach oben zieht und den gefässhaltigen Stiel mit seiner Zange abklemmt, und schneidet ihn ab. Für gewisse Fälle empfiehlt D. die Intubation des Kehlkopfs zur Erleichterung der Narkose.

PAUL RAUGÉ.

113) **Wölfler** (Prag). **Ueber die operative Dislocation des Kropfes.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. XXI. 1898.*

Von rein chirurgischem Interesse.

A. ROSENBERG.

114) **Wolfram** (Jaestrow). **Behandlungsmethoden der in der chirurgischen Klinik zu Würzburg in den letzten 10 Jahren operirten Strumen und Erfolge derselben.** Dissert. Würzburg 1898.

Unter 59 Fällen trat 3 mal der Exitus letalis in Folge der Operation ein, in 4pCt. traten Recidive auf, in 7pCt. wurden Recurrensverletzungen und in 10pCt. Tetanus beobachtet.

SEIFERT.

115) **J. Boeckel** (Strassburg). **Operationsresultate bei Kropf. (Résultats opératoires dans le goitre.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. Octob. 1898.*

B. berichtet über 74 Kropfoperationen und zwar:

47 Enucleationen,
25 partielle Exstirpationen und
2 totale Exstirpationen.

6 Fälle starben. Von den 68 geheilten erfolgte bei 44 Heilung per primam, bei den anderen 20 nach kürzerer oder längerer Eiterung.

PAUL RAUGÉ.

116) **Hahne** (Flegessen). **Ein Fall von Struma carcinomatosa.** Dissert. Würzburg 1898.

Sectionsbefund bei einer 82jährigen Frau; das Carcinom der Schilddrüse hatte Metastasen in der Lunge gemacht; über das Verhalten der Trachea ist nichts angegeben.

SEIFERT.

117) **Bérard** (Lyon). **Thyroidfieber. (Fièvre thyroidienne.)** *Congrès de Chir. de Paris. 17.—22. October 1898.*

Man beobachtet nach partiellen Kropfoperationen eine Temperatursteigerung, die bisweilen von Tachycardie und nervösen Symptomen begleitet ist. Es handelt sich

dabei nicht um infectiöse Erscheinungen, denn dieselben sind auch bei Heilungen per primam zu beobachten. Ebensowenig handelt es sich um eine Resorption nekrobiotischer Producte.

Die Temperatursteigerung, die den Namen Thyroidfieber verdient, ist vielmehr auf das Freiwerden von in der Schilddrüse secernirten fiebererregenden Stoffen während der Operation zurückzuführen.

PAUL RAUGÉ.

118) **Capitan. Die Thyroid-Chlorose. (De la chlorose thyroidienne.)** *Société de Biologie. 9. Juli 1898.*

Verf. schildert unter obigem Namen eine besondere Form von Chlorose oder Anämie, die mit Palpationen, Dysmenorrhoe und Abmagerung complicirt ist.

Diese Chlorose, bei welcher die classische Therapie der Bleichsucht wirkungslos ist, heilt sehr schnell unter täglicher Zufuhr von 0,20—0,30 g Schilddrüsenextract.

PAUL RAUGÉ.

119) **Mary A. Spink. Verengerung des Muttermundes als Ursache Basedow-scher Krankheit. (Uterine stenosis as a cause of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 24. September 1898.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von Basedow'scher Krankheit, bei denen die allmähliche Dilatation des stenosirten Os uteri mittelst des negativen Pols einer galvanischen Batterie gleichzeitig eine Besserung beider Leiden brachte.

LEFFERTS.

120) **Williamson. Die Prognose der Basedow'schen Krankheit. (Du pronostic dans le goitre exophthalmique.)** *Archives de neurologie. August 1898.*

Die Frage der Prognose ist gerade jetzt von der höchsten Bedeutung, wo die Tendenz für chirurgische Behandlung der Krankheit sich geltend macht.

Ueber den Verlauf der Krankheit ist man nicht genügend unterrichtet, da die Kranken nicht lange genug in den Krankenhäusern bleiben. W. forschte 35 Kranken nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhause nach. Das Resultat ist: Gestorben 6; geheilt 7; fast geheilt 5; erheblich gebessert 5; gebessert 7; stationärer Zustand 6; unbekannt 1.

PAUL RAUGÉ.

121) **Combemale** (Lille). **Die Sympathicusresection bei Basedow'scher Krankheit. (Sympathectomie dans le goitre exophthalmique.)** *Académie de Médec. 19. April 1898.*

C. berichtet über einen Fall von Basedow, bei dem durch eine stürmische Thyroidinbehandlung alle Symptome gesteigert wurden; der Puls, der sehr unregelmässig war, stieg bis auf 200 Schläge i. d. M. Um diese Zeit entschloss sich C., die Sympathectomie machen zu lassen. Gaudier entfernte beiderseits das obere Halsganglion und 6—7 cm vom Nerven selbst. Es trat sofort eine Myosis ein und der Exophthalmus verschwand. Der Puls verlangsamte sich auf 90 Schläge. Nach Verlauf eines Monats war die Heilung vollständig.

PAUL RAUGÉ.

122) **Edmund Shields. Ein Fall von Cretinismus nach einem Anfall von acuter Schilddrüsenentzündung. (A case of cretinism following an attack of acute thyreoiditis.)** *N. Y. Medical Journal. 1. October 1898.*

Der Fall betrifft ein Kind von 10 Monaten, das nach einem Anfall von acuter Thyreoiditis deutlich ausgesprochenen Cretinismus bekam. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

123) **H. D. Rolleston. Idiopathische Hypertrophie des Oesophagus. (Idiopathic hypertrophy of the oesophagus.)** *Pathol. Soc. Report. 1898. British Medical Journal. 5. November 1898.*

R. demonstrirt das Präparat, das von der Section eines 59jährigen Mannes herrührt, der intra vitam keinerlei Zeichen einer functionellen Abnormität dargeboten hatte. Der Tod war durch Bright'sche Krankheit erfolgt. Der Oesophagus war weder in seinem Lumen verengt, noch erweitert; vielmehr war von einem 3 Zoll unterhalb des Cricoid-Knorpels gelegenen Punkte bis zur Cardia in wachsendem Maasse die Ringmuskulatur hypertrophisch. Die Schicht der Längsmuskulatur war von normaler Dicke. Rings um die abnorme Partie bestanden zahlreiche, jedoch nicht feste Adhäsionen. Der Magen war gross, die Pylorusöffnung klein, die Wandungen an derselben aber nicht verdickt. Für Cardiospasmen sprachen keinerlei Anzeichen; überhaupt war eine Ursache für die Hypertrophie nicht zu ermitteln.

Norman Dalton hat eine Dilatation des Oesophagus ohne ersichtliche Ursache beobachtet.

Payne erinnert an den unter dem Namen des Sanduhrmagens bekannten Zustand, für den auch nicht immer eine Ursache aufgefunden werden kann.

Power erwähnt ein ähnliches Präparat, das im St. Bartholomäus-Hospital-Museum aufbewahrt wird. ERNEST WAGGETT.

124) **N. Ph. Tendeloo** (Rotterdam). **Die Pathologie der Pharynxdivertikel. (Pathologie des diverticules du pharynx.)** Recueil de travaux du Laboratoire Boerhaave. T. I. Leiden 1899.

Französische Ausgabe der früher in holländischer Sprache erschienenen, im XI. Bande das Centralblattes (S. 699) ausführlich besprochenen Doctorarbeit.

H. BURGER.

125) **Narciso Carreras Pinnana** (Barcelona). **Zufällige Einführung einiger Fremdkörper in die Verdauungswege. (Introduccion accidental de algunos cuerpos extrannos en las vias digestivas.)** *Gacet. Medic. Catalana. No. 20. 1898.*

Verf. erwähnt einige Fälle, in denen Fremdkörper, wie Glasstücke, Nadeln etc. in die oberen Luft- und Verdauungswege gelangten. R. BOTEY.

126) **A. Raventós Einiges über Verengerungen des Oesophagus infolge von Salzsäure-Vergiftung. (Alga sobre estrecheces esofágicas, consecutivas á la intoxicacion clorhidrica.)** *Revista de Medic., Ciruj. y Farmacia. No. 2. 1897.*

Verf. giebt einige Anweisungen betreffs der jeweilig vorzunehmenden

chirurgischen Behandlung in Fällen von Verengerung der Speiseröhre nach Vergiftung mit Salzsäure.

R. BOTEY.

127) Carrel (Lyon). **Zwei Fälle von Gastrotomie wegen Neubildung am Oesophagus. (Deux cas de gastrotomie pour néoplasme de l'oesophage.)** *Soc. nationale de médecine de Lyon. 7. November 1898.*

Der erste Kranke hatte 21 cm hinter der Zahnreihe eine selbst für Flüssigkeiten undurchgängige Oesophagusstenose. Es wurde die Gastropexie an einer möglichst hoch gelegenen Stelle des Magens unter den falschen Rippen gemacht. Der Krampf in der Oesophaguswand liess alsbald nach und vom 2. Tage ab konnte der Kranke per os ernährt werden. Mit der Punction des Magens wurde 8 Tage gewartet. Gegenwärtig hat der Kranke eine Magenfistel, durch die er sich selbst Flüssigkeiten in den Magen injiciren kann, die den Magensaft aber nicht abfliessen lässt.

Der zweite Kranke hat eine neoplastische Stenose des Oesophagus an der Cardia. Auch dieser Kranke konnte nach der Gastropexie sofort durch Nachlass des Krampfes schlucken und es wurde 3 Wochen mit der Eröffnung des Magens gewartet.

Bei beiden Kranken ist, um den Abfluss des Magensaftes zu verhüten,

1. der Magen so hoch wie möglich fixirt worden;
2. die Oeffnung so klein wie möglich gemacht worden;
3. häufig (2 mal am Tage) ein Verband mit Magnesiumcarbonat und mit Vaselin in dicker Schicht gemacht worden.

PAUL RAUGÉ.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Handbuch der Laryngologie und Rhinologie herausgegeben von **P. Heymann** Wien 1896/99. Alfred Hölder. (Fortsetzung.)

R. Krieg: Die Entzündung der Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre.

O. Seifert: Ulcerationen der Schleimhaut des Larynx und der Trachea.

M. Hajek: Laryngitis submucosa acuta.

M. Hajek: Perichondritis laryngea.

M. Hajek: Larynxoedem.

A. Rosenberg: Verwachsungen und Stenosen des Larynx und der Trachea.

F. Semon: Die Nervenkrankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Die specielle Pathologie fängt mit einem sorgfältig bearbeiteten Abschnitt über die Entzündung der Kehlkopfschleimhaut an, dem ein ausserordentlich kleines Kapitelchen über die Tracheitis angehängt ist.

Acute und chronische Laryngitis werden abgesondert besprochen, die Uebergänge zwischen denselben indessen vollauf berücksichtigt. Im Anschluss an die Beschreibung der durch den ganzen Kehlkopf verbreiteten acuten Laryngitis werden die an den Stimmlippen, an den Taschenbändern, in der Regio arytaenoidea und hypoglottica besonders localisirten Entzündungen ausführlich geschildert. Am eingehendsten verbreitet sich der Verfasser über die unzweckmässigerweise Pseudocroup benannte Laryngitis hypoglottica. Anlässlich der Prognose dieses Leidens theilt er ein Paar Todesfälle aus eigener Praxis mit. Besonders erwähnenswerth ist die vortreffliche Schilderung der Pachydermie, welche immer lediglich als hypertrophisches Product örtlicher chronischer Laryngitis anzusehen sei. Sowohl die (von ihm nur bei Frauen beobachteten) Sängerknötchen, wie der sogenannte Prolapsus vertriculi Morgagni werden als einfach entzündliche Hyperplasien zu den Pachydermien gerechnet.

Auf drei Tafeln bietet uns der durch seinen Atlas schon lange auch in künstlerischer Beziehung rühmlichst bekannte Verfasser eine Anzahl recht gelungener Kehlkopfbilder in Farbendruck.

Wenn Seifert betont, dass die Ulcerationen im Kehlkopf und in der Luftröhre eine so wichtige Rolle spielen, dass eine monographische Darstellung dieses Kapitels von grossem Interesse sein dürfte, so können wir dem nur beipflichten; wollen aber hinzufügen, dass er diese von ihm übernommene Aufgabe in dankenswerther Weise gelöst hat.

Die zahlreichen Ulcerationsprocesse, welche im Kehlkopf vorkommen, bringt er in vier Gruppen unter: den „einfachen"; den infectiösen, den aus Exsudationen hervorgegangenen und den specifischen Geschwüren. Die erstere Gruppe umfasst, ausser den nicht sehr häufigen Druckgeschwüren und den seltenen pachydermischen Ulcerationen, die erosiven Geschwüre, die er absichtlich nicht mit dem Namen „katarrhalische Geschwüre" bezeichnet. Unter den infectiösen Geschwüren wird das typhöse Ulcus am ausführlichsten besprochen. Die dritte Gruppe umfasst die herpetischen, aphthösen Geschwüre, sowie diejenigen beim Erythema nodosum et exsudativum und beim Pemphigus. Bezüglich der lupösen, carcinomatösen und sarkomatösen Geschwüre verweist er auf die betreffenden Kapitel (warum? Ref.). So bleiben für die specifischen Ulcerationen nur noch die tuberculösen und syphilitischen übrig. Das ganze Kapitel ist in gründlicher, von grosser Literaturkenntniss zeugender Weise behandelt worden, während einige schöne Abbildungen von Krieg es begleiten.

Der Laryngitis submucosa acuta ist ein eigenes Kapitel von 6 Seiten gewidmet, dessen Existenzberechtigung, mit Rücksicht auf die Kapitel über Laryngitis und acute infectiöse Phlegmone fraglich erscheinen dürfte.

Die Perichondritis laryngea wird von Hajek in einfacher und klarer Weise beschrieben. Er unterscheidet eine primäre (genuine) und eine secundäre Perichondritis und hebt hervor, dass die letztere gewöhnlich nicht auf specifischer Erkrankung des Perichondriums beruht, sondern dass die primären ulcerativen

Processe der Kehlkopfschleimhaut durch Blosslegen des Perichondriums die secundäre eitrige Infection desselben nur leichter ermöglichen. Eigentlich wären demnach die Namen Perichondritis tuberculosa syphilitica, carcinomatosa für die meisten Fälle nicht richtig. Bei der Beschreibung der einzelnen Perichondritiden nimmt Verfasser besonders auf die musterhaften Krankengeschichten Türck's Bezug. Der wesentlich abweichende Charakter der Perichondritis epiglottidea wird ganz richtig hervorgehoben. Dass beim Larynxlupus der Knorpel der Epiglottis besonders häufig ergriffen wird, ist wohl zufälligerweise unerwähnt geblieben.

Das Kapitel über Larynxoedem fängt mit einer historischen Einleitung an, in welcher die diesem Thema anhaftende Verwirrung und Zerfahrenheit, „welche bis in die neueste Zeit noch nicht genügend erklärt werden konnte", sehr gut zum Ausdruck gelangt. Als einen erheblichen Fortschritt wird der Kuttner'sche Versuch einer auf ätiologischer Basis beruhenden Eintheilung der verschiedenen in Betracht kommenden Processe hervorgehoben. Dieser Eintheilung konnte Verfasser „in Folge der im vorhinein getroffenen Anlage dieses Kapitels" nicht Folge leisten. Interessant und mit sehr demonstrativen Abbildungen versehen ist die Beschreibung der submucösen Injectionsversuche des Verfassers, deren Resultate zu dem Verständniss mancher pathologischen Befunde wesentlich beitragen.

Unter den intralaryngealen Ursachen von Stenose des Kehlkopfes unterzieht Rosenberg nur die (angeborene und erworbene) Membranbildung einer ausführlichen Erörterung, während er für die andern Entstehungsursachen auf die betreffenden Kapitel verweist. Auch die äusseren Ursachen giebt er nur kurz an. Eingehend aber wird die Symptomatologie der Kehlkopfstenose behandelt, die Bedeutung der Schnelligkeit ihres Entstehens besonders betont und die unterscheidenden Merkmale der Laryngo- und der Tracheostenose hervorgehoben. Keines dieser Merkmale ist absolut zuverlässig und die Laryngoskopie bleibt das souveräne Differentielldiagnosticum. Klar und instructiv ist die Besprechung der Therapie und werden die verschiedenen Dilatationsmethoden, namentlich die Schrötter'schen Bougies, die Intubation und die Zinnbolzenbehandlung ausführlich geschildert und abgebildet.

Die Stenose der Luftröhre hat eine wirklich monographische Behandlung erhalten. Dieselbe ist durch ihre Vollständigkeit ausgezeichnet. Unter den Compressionsstenosen spielt die Struma, unter den intratrachealen Verengerungen die syphilitische Narbenbildung die bedeutendste Rolle. Zu den relativ häufigen Ursachen für eine Stenose gehören auch die Folgezustände der Tracheotomie resp. des Canülengebrauchs, denen ein eigener Paragraph gewidmet ist. Auf den reichen Inhalt des Abschnittes über die Diagnose sei noch speciell hingewiesen.

Das Kapitel der Nervenkrankheiten des Kehlkopfes, „das noch vor fünfzehn Jahren eines der am besten ausgebauten der Laryngologie zu sein schien", gleicht in diesem Augenblicke einem Trümmerfelde. In der ganzen Innervationslehre des Kehlkopfes ist jetzt die sensible Versorgung der Larynxschleimhaut durch den Superior die einzige unangefochtene Thatsache. Bei dieser Unsicherheit war es eine der schwierigsten Aufgaben, ein vollständiges und objectives Bild der Neuropathologie des Kehlkopfes zu entwerfen. Wie das Kapitel jetzt vorliegt, ist es ohne Frage die beste und zuverlässigste Monographie über die Nervenkrankheiten des Kehlkopfes, die wir besitzen.

Den eigentlichen Neurosen hat Semon eine anatomisch-physiologische Einleitung vorausgeschickt, welche (wie übrigens seine ganze Arbeit) von einer unglaublich vollständigen Literaturkenntniss zeugt und ausserordentlich geeignet ist, uns in die bestehenden Controversen einzuführen. Zur Frage nach dem Ursprung der Kehlkopfnerven zögert Verfasser auf Grund klinischer Ueberlegungen, die Grabower'sche Anschauung der Kehlkopfinnervation durch den Vagus rückhaltlos zu acceptiren, obgleich er das Gewicht der anatomischen Argumente Grabower's keineswegs verkennt. An der rein motorischen Natur des Nervus recurrens hält Verfasser vorläufig mit voller Ueberzeugung fest. Den Deductionen Klemperer's gegenüber glaubt er sich zu der Vermuthung berechtigt, dass sowohl irritative wie (bilaterale) lähmende Vorgänge in der Region der corticalen Phonationscentren entsprechende functionelle Effecte pathologischer Natur im Kehlkopf auslösen können.

Die Sensibilitätsneurosen des Kehlkopfes haben in der Klinik eine untergeordnete Bedeutung. Für Fälle von Anästhesie macht Verfasser auf die von Norris Wolfenden angegebene Methode der Ernährung aufmerksam, bei der man den Patienten, in wagerechter Stellung auf einer Seite liegend, den Kopf über den Rand des Sophas seitlich herabbeugen und aus einer in den tiefer stehenden Mundwinkel eingeführten Schnabeltasse trinken lässt. Bei der Therapie der Parästhesien des Kehlkopfs warnt Verfasser mit grossem Rechte vor unnöthiger Localbehandlung, namentlich bei geringen Abweichungen in der Nase.

Dieselbe Mahnung gielt auch für die Behandlung des Glottiskrampfes. Sehr häufig handle es sich in Fällen von kindlichem Glottiskrampf um Reizung der corticalen Kehlkopfcentren. Bemerkenswerth ist bei der Besprechung des nervösen Kehlkopfhustens, bei welchem Narcotica völlig nutzlos sind, die warme Empfehlung längerer Seereisen. In allen 6 Fällen des Verfassers führte diese Therapie zu einer schnellen und dauernden Heilung.

Ausführlich schildert Verfasser den Kampf um die corticale Kehlkopflähmung, deren Möglichkeit nach seinem Dafürhalten nur bei Ausfall beider Phonationscentra gegeben ist. Eine einseitige, organische, cerebral bedingte Kehlkopflähmung ist nach seinen Auseinandersetzungen sehr unwahrscheinlich. Die herangezogenen klinischen Argumente sind dem Ref. überzeugender als die experimentellen und scheint ihm die Erwägung (S. 698) „dass auch in allen anderen Fragen der Kehlkopfinnervation die Verhältnisse beim Menschen denen beim Thier vollständig entsprechen“ mit der vom Verfasser sonst immer gelehrten, weisen Zurückhaltung bei der Uebertragung experimenteller Ergebnisse auf die menschliche Pathologie nicht gut vereinbar.

Den myopathischen Kehlkopflähmungen gegenüber verhält sich Verfasser sehr skeptisch. Die einzige unzweifelhaft myopathische Paralyse sei die enorm seltene trichinöse. Die Lähmung der Crico-thyreoidei befindet sich noch in erheblichem Dunkel. Für die einseitige Form dürfte der Tiefstand der gelähmten Stimmlippe diagnostisch zu verwerthen sein; für die bilaterale Lähmung mangelt es uns an zuverlässigen Anhaltspunkten. Die Lähmung der Glottisschliessergruppe ist nach Verfasser immer doppelseitig und symmetrisch. Gegen die rein functionellen Paralysen hält er am Gebrauche der Electricität und zwar in energischer Anwendungsweise fest.

Die Lateralislähmung ist „eine pathologische Curiosität seltenster Art.“ Bei der Transversuslähmung ist die grosse Verschiedenheit der phonatorischen Störung sehr auffallend. Die Posticuslähmung dagegen verläuft, wenn sie rein, d. h. nicht mit Internusparese complicirt ist, ohne erhebliche, oft ohne jegliche Stimmstörung. In Anbetracht der ätiologischen Obscurität vieler Fälle von Recurrenslähmung unterschreibt Ref. durchaus den Wunsch des Verfassers, dass alle Collegen es sich zu ihrer besonderen Aufgabe machen sollten, in letal verlaufenden Fällen von Beweglichkeitsstörung der Stimmlippen immer eine Autopsie zu erwirken.

Den von ihm fast ausschliesslich bei Predigern beobachteten phonetischen functionellen Stimmritzenkrampf betrachtet er als eine coordinatorische Beschäftigungsneurose und zwar mit absolut ungünstiger Heilungsprognose. Der inspiratorische functionelle Stimmritzenkrampf hat eine bessere Prognose. Sein Symptomencomplex hat grosse Aehnlichkeit mit dem der doppelseitigen Posticuslähmung und glaubt Verfasser, dass es sich bei manchen in der „Literatur beschriebenen hysterischen Posticuslähmungen“ um functionellen Stimmritzenkrampf gehandelt haben dürfte.

Die ganze ausgezeichnete Arbeit ist mit einer Anzahl gelungener Kehlkopfbilder von Ernest Waggett illustrirt und schliesst mit einem systematisch geordneten Literaturverzeichniss, welches über 1000 Nummern zählt.

Amsterdam, März 1899.

H. Burger.

---

b) 70. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte.

Düsseldorf, 19.—24. September 1898.

Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie.

1. Sitzung, Montag, den 19. September, Nachm. 3 Uhr.

Vorsitzender: Peter Keimer (Düsseldorf).

1. Bayer (Brüssel): Ueber üblen Athem und intratracheale Injectionen von Creosotcarbonat.

Der „üble Athem“ ist ein Symptom sehr verschiedenartiger Erkrankungen. Eine Hauptrolle bei seinem Zustandekommen spielen die Athmungsorgane, zunächst alle die Affectionen der Nase und des Nasenrachens, die mit einer Ansammlung und Zersetzung von Secreten verbunden sind. Dahin gehören z. B. periodische congestive Zustände der Nasen- und Rachenschleimhaut, wie sie sich bei manchen Frauen zur Zeit der Menses finden, die Ozaena und die ihr verwandten Zustände der Kehlkopf- und Trachealschleimhaut, die Störk'sche Blennorrhoe. Ein latentes Empyem der Highmorshöhle wird oft allein durch den vom Patienten selbst empfundenen üblen Athem wahrgenommen. Rhinitis caseosa, syphilitische

Nasenaffectionen der Schleimhaut und des Knochengerüstes, Fremdkörper etc. beschliessen die Reihe. Weiterhin folgen tieferliegende Bronchial- und Lungenerkrankungen: chronische Bronchitiden mit reichlichem Auswurf, Bronchiectasien, putride Bronchitiden, Lungentuberculose, Lungengangrän etc. Die verschiedensten Stomatitiden, cariöse Zahnerkrankungen, mancherlei Zungen-, Pharynx- und Oesophagusprocesse, sowie endlich eine Reihe chronischer Krankheiten, die mit Zersetzung von Speiseresten und Detritusmassen im Mund einhergehen (chronische Magen- und Darmaffectionen, Nephritis chron., Diabetes u. a.) bilden eine Quelle üblen Athems.

Bei Bronchial- und Lungenaffectionen mit reichlichem Auswurf und üblem Athem hat Vortragender glänzende Erfolge den beiden genannten Symptomen gegenüber erzielt durch intratracheale Injection von $^1/_2$—$1^1/_2$ ccm weichen Creosotcarbonats der Firma „Lambiotte". Diese Injectionen mit einer durch den Kehlkopf nach Erwärmung in die Trachea eingeführten Kehlkopfspritze ausgeführt, schafften selbst bei vorgeschrittener Tuberculose Linderung und Verminderung des Auswurfes.

An der Discussion betheiligen sich: Flatau (Berlin), Aronsohn (Ems), Lieven (Aachen), Kronenberg (Solingen), Schmithuisen (Aachen), Heymann (Berlin), Bottermund (Dresden).

2. Peter Keimer (Düsseldorf): Zwei Fälle von Kehlkopfkrebs nach Gumma des Kehlkopfes.

K. beschreibt 2 Fälle, bei denen es sich ursprünglich um eine tertiärsyphilitische Ulceration des Kehlkopfes handelte, die, durch specifische Therapie annähernd der Heilung zugeführt, durch irrationelles Verhalten und dadurch bedingte Reizung des Geschwürsgrundes zur Entstehung eines Carcinoms Veranlassung gab.

In der Discussion giebt Lieven (Aachen) seiner Ansicht dahin Ausdruck, dass es sich nur um Irritation bereits vorhandener Krebskeime durch den Ulcerationsprocess handle, Hopmann (Köln) weist auf die von Esmarch und Langenbeck gemachte Erfahrung hin, dass auch unzweifelhafte Carcinome durch Jodkali in seltenen Fällen geheilt werden.

An der Discussion betheiligen sich weiter Heymann (Berlin), Schmithuisen (Aachen), Karl Schmidt (Düsseldorf).

2. Sitzung, Dienstag, den 20. September, Vorm. 9 Uhr.

Vorsitzender: P. Heymann (Berlin).

3. Schmithuisen (Aachen): Die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Galvanokaustik.

Vortragender tritt warm für ein energisches operatives Anfassen der der Milchsäure trotzenden harten und tiefgreifenden tuberculösen Kehlkopfinfiltrate ein. Dadurch gelingt die Heilung schwerster Fälle von Larynxtuberculose.

An der Hand einiger Krankengeschichten weist Sch. die glänzenden Erfolge nach, die er der energischen Anwendung des mit stärkster Glühhitze tief einge-

bohrten Galvanokauters verdankt unter nachheriger Application reiner Milch- resp. Chromsäure.

Noch besser wie bei den harten tuberculösen Infiltraten sind die Erfolge beim Kehlkopflupus.

Discussion: Keimer, Hopmann, Bayer, Flatau.

4. Hermann v. Schrötter (Wien): Laryngologische Mittheilungen (erscheinen in einer gesonderten Publication).

Unter Vorlegung zahlreicher Präparate und Bilder bespricht v. Sch. eine Reihe interessanter Fälle seiner Praxis: operativ behandeltes tumorförmiges Sclerom der Luftröhre, mehrere Fälle von Tuberculomen des Larynx mit seltener Localisation, 5 Fälle von Pemphigus (3 nur die Schleimhaut betreffend), chronisches Oedem des Larynx mit sicher gestellter Aetiologie, operativ entfernter Amyloidtumor des Kehlkopfs, eine Beobachtung von Laryngocele ventricularis interna und anderes mehr.

Discussion: Heymann, Bayer, Flatau.

5. Hopmann (Köln): Zur Aetiologie der Nasenerkrankungen.

H. weist auf die Häufigkeit der Bildung von Rhinolithen hin auf der Basis von Fremdkörpern, die durch plötzliches Erbrechen und Fehlschlucken von hinten her in die Nase dringen; insbesondere sind es oft Kirschkerne, die solchen Incrustationen den Boden bieten.

Discussion: Schmidt (Düsseldorf).

6. Alfred Denker (Hagen i. W.): Zur Operation der adenoiden Vegetationen.

Bei Schuluntersuchungen im westfälischen Industriebezirk fand D. unter 1087 Kindern bei 138 Mundathmung im Schlaf und bei 114, also $10^1/_2$ pCt. im Ganzen, Hyperplasie der Rachenmandel als Grund. In der Privatpraxis konnte letztere Affection bei 127 von 1000 Patienten verantwortlich gemacht werden für Störungen in der Nasenathmung resp. am Gehörorgan.

D. benutzt zur Entfernung der Adenoiden eine den Raumverhältnissen des Cavum nasopharyngeum angepasste Scheere, die mit einem Auffanggitter versehen ist; das Instrument wird dicht hinter dem weichen Gaumen hoch hinauf geführt, dann weit geöffnet und schliesslich unter kräftigem Andrücken gegen das Rachendach und die hintere Wand geschlossen. Der Operation folgt die Controlle mit gründlich desinficirtem Finger und Entfernung etwaiger Reste mit dem geschärften Nagel desselben.

(Der Vortrag erscheint in den Therapeutischen Monatsheften.)

Discussion: Hopmann, Hartmann (Berlin), Heymann, Flatau, Bayer, Siebenmann (Basel), Breitung (Coburg). Aus derselben ist hervorzuheben, dass Hopmann dringend der Narcose das Wort redet, da er alle Mädchen, die er ohne dieselbe operirt hatte, als Mütter mit ihren Kindern an seiner Thür vorübergehen sah. Heymann hält das Aufsuchen der Reste für

unnöthige Belästigung, da dieselben erfahrungsgemäss spontan schrumpfen und verschwinden.

3. Sitzung (gemeinsam mit der Abtheilung für Ohrenheilkunde), Dienstag, den 30. September, Nachm. 3 Uhr.

Vorsitzender: C. M. Hopmann (Köln).

7. J. Gutzmann (Berlin): Die normale Bewegung des Gaumensegels beim Sprechen.

Vortragender demonstrirt dieselbe an Projectionsbildern und Modellen, die bei einer Patientin gewonnen sind, bei welcher man von der evacuirten linken Augenhöhle aus die Gesammtoberfläche des weichen Gaumens zu überblicken vermochte.

8. Levy (Hagenau): Die Enuresis nocturna bei Knaben und ihre Heilung durch Behandlung der Nase und des Nasenrachenraums.

Discussion: Karl Schmidt (Düsseldorf), Flatau (Berlin), Schmithuisen (Aachen).

9. Hartmann (Berlin): Die Anatomie der Stirnhöhle und ihrer Ausmündung in Beziehung zur operativen Behandlung der Stirnhöhleneiterung.

An 27 Projectionsbildern zeigt Vortragender die Formverhältnisse der Stirnhöhlen. Er unterscheidet als 1. Grundtypus Höhlen, die bis zur Anheftung der mittleren Muschel in die Nase herabreichen, keine Frontalzellen besitzen und frei mit Längsspalt oder einfacher Oeffnung in die Nasenhöhle münden; als 2. Grundtypus eine Bildung, bei der die Stirnhöhle sich auf das Stirnbein beschränkt, während der untere Theil durch Frontalzellen ausgefüllt ist, sodass ein Stirnhöhlencanal von wechselnder Form entsteht. Sodann unterscheidet H. die Bildung medialer Zellen aus der Stirnbucht, indirecte Bildung der Stirnhöhle aus Frontalzellen, unregelmässige Bildung der Frontalzellen und zeigt endlich Präparate ohne Stirnhöhle.

Um bei operativen Eingriffen eine freie Communication mit der Nasenhöhle zu erhalten, stellt H. ausser der Oeffnung in der vorderen Wand der Höhle eine zweite seitlich von der mittlern Nasenmuschel und dem Nasenrücken her.

10. Röpke (Solingen): Die Radicaloperation bei chronischen Erkrankungen der oberen Nebenhöhlen der Nase.

Hinsichtlich der Einzelheiten verweist R. auf seinen im Archiv für Laryngologie veröffentlichten, im Frühjahr in Köln gehaltenen längeren diesbezüglichen Vortrag.

Vortr. macht die Radicaloperation nur da, wo die Beschwerden nach Wegnahme der eventuell im mittleren Nasengang bestehenden Polypen und Schleimhautwucherungen nicht nachlassen. Zunächst wird Probeaufmeisslung am Augen-

brauenkopf gemacht und erst, wenn sich die Stirnhöhle dabei als chronisch erkrankt darstellt, die subperiostale Wegnahme der vorderen Wand, die exacte Auskratzung nach Kuhnt angeschlossen. Vom Stirnhöhlenboden aus wird jedesmal das Siebbein, das fast stets mitergriffen ist, breit eröffnet und ausgeräumt. Es folgt Vernähung der Wunde, loser Jodoformgazetampon, der an einer kleinen Oeffnung am Augenbrauenkopf herumgelegt wird. Bei doppelseitiger Erkrankung horizontaler Schnitt vom äusseren Drittel des Margo supraorbitalis, auf diesem entlang bis zum äusseren Drittel des anderseitigen, senkrecht darauf Schnitt in der Mittellinie bis zur Höhe der Stirnhöhle durch Haut und Periost. Nach Hochklappen beider Periosthautlappen Abtragung beider Vorderwände mit dem Septum, unter Abmeisselung des vorspringenden Theils der Pars nasalis, Naht der gesammten Schnittlinie, Tamponade zur einen Seite heraus wie vorher. Heilung günstigen Falls nach 10—14 Tagen, meistens nach 3—4 Wochen. Von 16 Patienten hatte nur ein scrophulöses Individuum nach 3 Monaten noch kleine Fistel.

R. fasst seine Erfahrungen in 2 Sätze zusammen:

1. Durch die Radicaloperation sind veraltete Erkrankungsfälle der oberen Nebenhöhlen der Nase verhältnissmässig rasch und sicher auszuheilen.

2. Selbst bei doppelseitiger Operation stark vergrösserter Stirnhöhlen giebt es nicht solche Entstellung, dass dies eine Contraindication sein könnte.

Es folgt die Vorstellung von 5 operirten Patienten.

Discussion: Flatau, Hartmann, Hopmann, Levy.

4. Sitzung, Donnerstag, den 22. September, Vorm. $9^1/_4$ Uhr.

Vorsitzende: Siebenmann (Basel) und Th. S. Flatau (Berlin).

11. P. Heymann (Berlin): Bericht über die Eingabe der laryngologischen Abtheilung an den Reichstag um Aufnahme der Laryngologie in die medicinische Prüfungsordnung und ihren Erfolg.

12. Th. Flatau (Berlin): a) Die Resection der unteren Muschel (veröffentlicht in der Wiener med. Presse).

b) Demonstration einer geschützten Curette für Larynx und Trachea mit allseitig feststellbarem schneidenden Theil.

13. Karl Schmidt (Düsseldorf): Zur Behandlung der Verbildungen des knorpeligen und knöcheren Nasengerüstes.

Vortragender beseitigt Deviationen und Cristen mit dem pneumatischen Hammer mit Griff und winkligen Meisseln. Eine im Ansatzrohr liegende Feder mildert die Härte des Schlages, die ganze Behandlung ist nicht schmerzhaft.

Discussion: Schmithuisen, Heymann, Flatau, Schmidt.

14. Siebenmann (Basel): Ueber das Verhalten der Dimensionen von Nasenhöhle und Gaumen bei den verschiedenen Formen des Gesichtsschädels.

Adenoide Vegetationen findet man vorwiegend bei Leptoprosopen, Rhinitis

atrophica foetida fast ausschliesslich bei Chaemoprosopen. Trotzdem sind diese Affectionen nicht an gewisse Formationen des Schädels gebunden. Aber die Metaplasie der Nasenschleimhaut wird erst manifest und lästig bei bedeutender Geräumigkeit der Nase, wie sie den Chaemoprosopen eigen ist, und sie führt hier secundär zu viel stärkerer Muschelatrophie und zum Fötor. Umgekehrt bedingt die Engigkeit der lepto-prosopischen Nase, dass das durch aden. Veg. gesetzte Athmungshinderniss besonders fühlbar wird. Der sog. adenoide Habitus ist gleichbedeutend mit Leptoprosopie und steht in keinem ätiologischen Abhängigkeitsverhältniss zur Hyperplasie der Rachentonsille.

15. Reinhard (Duisburg): Ein Fall von traumatischem Empyem der Kieferhöhle.

Dasselbe entwickelte sich im Anschluss an einen Stoss mit dem Regenschirm, der die Backe des Patienten etwas seitlich von der Nasolabialfalte traf. Nach missglücktem Versuch, Heilung durch Extraction eines Zahnes zu erzielen, musste von aussen an der Ursprungsstelle eingegangen werden. Hierbei entleerte sich ein kleiner Sequester. Es folgte Heilung.

Schmithuisen erwähnt einen ähnlichen Fall von Verletzung der Backe, im Anschluss an die ein Drainrohr unerklärlich aus dem Verband verschwand, um später bei Operation des Empyems der Kieferhöhle in letzterer wiedergefunden zu werden.

16. Reuter (Ems): Demonstration eines speciell zu klinischen Zwecken bestimmten Riechmessers.

17. Schmithuisen (Aachen): Die unblutige Operation der typischen Nasenrachenpolypen.

Es handelt sich um die Polypen der Wachsthumsjahre, die bei Knaben vom 17.—20. Jahre beobachtet werden.

An der Hand von 5 geheilten Fällen beschreibt Sch. seine Operationsmethode, die den Patienten das Verbleiben in ihrer Thätigkeit ermöglicht.

Zur Beurtheilung des Blutreichthums der Tumoren dient die Farbe: die dunkelrothen sind mehr angiomatöser, die hellgrauen mehr fibröser Natur. Bei den ersteren setzt die Galvanokaustik grosse Blutungen, daher ist hier die Elektrolyse ausschliesslich am Platze, während bei den reinen Fibromen die Galvanokaustik zur Beschleunigung des Verfahrens hinzugenommen werden kann.

In allen Fällen genügte zunächst eine elektrolytische Sitzung mit dem von der Nase aus in die Geschwulst eingebohrten Brenner zur Sistirung der periodisch aufgetretenen starken Blutungen. Letztere entstehen durch venöse Stase infolge der starken Einkapselung der Geschwulst in der Nase. Die Elektrolyse verkleinert die Geschwulst und beseitigt so Spannung und Blutung.

Weiterhin erfolgt dann die allmälige Abtragung mit der nach Voltolini construirten Schlinge, mit welcher von der Nase oder dem Rachen her der Tumor umfasst wird. Mit der zugeschnürten Schlinge wird der negative Pol verbunden, während der positive Pol mit breiter Platte der Backe aufgesetzt wird. Im ganzen Bereich

der kräftig angezogenen und längere Zeit festgehaltenen Schlinge tritt eine weisse Aetzung ein. Die Einschnürung ist eine fast vollständige, der Rest wird langsam durchgetrennt durch Verbindung beider Pole mit dem Galvanokauter. Die weitere Verkleinerung des Resttumors bleibt periodisch wiederholten elektrolytischen Sitzungen vorbehalten.

Sch. kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Der typische Nasenrachenpolyp ist ein gutartiger Tumor.

2. Das Wachsthum lässt bei fortschreitender Entwicklung des Individuums spontan nach.

3. Es ist daher nicht nöthig, das Hauptaugenmerk auf Zerstörung mit Stumpf und Stiel zu richten.

4. Die Zugänge von Nase und Rachen reichen zur Beseitigung völlig aus.

5. Jede grössere Voroperation ist daher in nicht complicirten Fällen überflüssig.

6. Die Beseitigung der typischen Nasenrachenpolypen ist den Hals- und Nasenspecialisten zuzuweisen.

18. Stores (Metz): Ein Fall von gleichzeitigem Vorkommen von Schmeissfliegen in beiden Ohren nebst Entwicklung zweier Madengenerationen dieser Fliegen mit Vorweisung verschiedener Präparate.

Reimers (Wandsbek).

IV. Briefkasten.

Personalia.

Dr. E. P. Friedrich (Leipzig) ist zum ausserordentlichen Professor für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten in Kiel ernannt worden. Mit der am 1. April d. J. begründeten Professur ist die Leitung einer Poliklinik für die genannten Fächer verknüpft.

Auf Wunsch unseres verehrten amerikanischen Mitarbeiters, Herrn Dr. Lefferts, welcher das riesige Material der amerikanischen Referate allein nicht länger bewältigen kann, ist Dr. Emil Mayer (New York) als zweiter ständiger amerikanischer Mitarbeiter dem Centralblatt beigetreten.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, Juli. 1899. No. 7.

I. Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

(Nach einem am 2. April 1899 vor der Versammlung süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg gehaltenen Vortrag.)

Von

Felix Semon.

(Fortsetzung.)

Darf man in Bezug auf die eben erörterte Frage auf Einmüthigkeit unter den Laryngologen hoffen, so steht die Sache wesentlich anders mit Bezug auf die zweite Frage: Soll in Zukunft bei den internationalen medicinischen Congressen und ähnlichen Gelegenheiten die Laryngologie mit der Otologie in eine Section verschmolzen werden oder nicht?

Wollte man freilich nur aus der Vergangenheit schliessen, so scheint diese Frage bereits in ablehnendem Sinne entschieden zu sein. Wie unser historischer Rückblick zeigt, haben sich bei verschiedenen Gelegenheiten und in verschiedenen Ländern bald die Laryngologen, bald die Otologen, bald beide Gruppen energisch gegen eine derartige ihnen ungefragt aufgedrängte Verschmelzung erklärt.

Aber es würde ein grosser Fehler sein, diese Frage im gegenwärtigen Augenblick nur nach den Erfahrungen der Vergangenheit zu beurtheilen. Unverkennbar hat sich im Laufe der letzten 15 Jahre innerhalb beider Specialitäten selbst ein Umschwung angebahnt, der gegenwärtig weit davon entfernt ist, seinen Abschluss erreicht zu haben, und über dessen schliesslichen Ausgang sich zur Zeit kaum mehr als Vermuthungen aufstellen lassen. Gehörte es bis vor etwa 15 Jahren zu

den Ausnahmen, dass die laryngologische und otologische Specialität sich in einer Hand vereinigt fanden, so ist dies mit dem Heranwachsen einer jüngeren Generation von Specialisten anders geworden. Ob gegenwärtig mehr reine Laryngologen und reine Otologen oder mehr Oto-Laryngologen existiren, dürfte ohne eigene statistische Erhebungen gar nicht zu entscheiden sein. Als feststehend darf nur betrachtet werden, dass, während früher die Hospital- und Privatpraxis, der Unterricht, die Fachpresse und die Vereinsthätigkeit beider Specialitäten fast allgemein streng getrennt waren — wenn auch Ausnahmen schon damals existirten — sich jetzt neben den bestehenden getrennten Einrichtungen der genannten Art fast allerorts Hospitäler, Polikliniken, Zeitschriften und Gesellschaften gebildet haben, die der Pflege sowohl der Laryngologie wie der Otologie gewidmet sind und dass sich heutzutage, wenn nicht die Majorität, so jedenfalls eine sehr ansehnliche Minorität von Specialisten gleichzeitig der Ohren- wie der Kehlkopfheilkunde befleissigt.

Wie ist nun dieser Umschwung zu Stande gekommen?

Der Schreiber dieser Zeilen, welcher die ganze Bewegung von ihrem Anfange an aufmerksam verfolgt hat, möchte sie in weitaus erster Reihe auf einen rein äusserlichen Umstand zurückführen, nämlich auf die Ueberfüllung beider Specialitäten, welche innerhalb der letzten 15 Jahre fast allerorten wahrhaft erstaunliche Dimensionen erreicht hat. Die Anzahl der Specialisten hat sich innerhalb dieses kurzen Zeitraums in einer Weise vermehrt, welche ganz ausser Verhältniss zu der Zunahme der Bevölkerung und des allgemeinen Wohlstandes steht. In Grossbritannien beispielsweise veranschlagten wir im Jahre 1884 die Anzahl derjenigen Aerzte, welche sich ausschliesslich oder doch vorwiegend mit der Behandlung von Hals- und Nasenleiden befassten, auf etwa 50; heute zählt allein die Londoner Laryngologische Gesellschaft 150 Mitglieder, die Britische Laryngologische, Rhinologische und Otologische Vereinigung ausser ihren auch der erstgenannten Gesellschaft angehörigen Mitgliedern etwa 50 weitere; ausserdem dürften im Lande zum wenigsten noch 50 Specialisten existiren, die keiner der beiden genannten Gesellschaften angehören; mit anderen Worten: innerhalb 15 Jahren hat sich die Anzahl der Specialisten in unserem Fache etwa verfünffacht! Aehnlich scheinen die Verhältnisse in anderen Ländern zu liegen, wie man aus Privatgesprächen und aus gelegentlichen im Druck vorliegenden Aeusserungen entnehmen kann. So wurde in dem satirischen Ausblick auf die weitere Entwicklung der Laryngologie, welcher nicht den wenigst amüsanten Theil der humoristischen Festzeitung zum 10jährigen Stiftungsfest der Berliner Laryngologischen Gesellschaft bildet, für das Jahr 1906 die Gründung der 200. Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten in Berlin prophezeit; während im Inseratentheil derselben Zeitung von einer laryngologischen Poliklinik „ein Patient“ gesucht wird. Hinter dem Scherze, scheint es, birgt sich bitterer Ernst!

Die practische Folge dieser Ueberfüllung liegt auf der Hand. Der jüngere Specialist findet weder für die Hospital- noch für die Privatpraxis genügendes Material, wenn er sich an einem bereits ausreichend mit Specialkollegen versehenen grösseren Orte niederlässt; und ebensowenig an einem kleinen Platze, wo freilich eine Concurrenz nicht vorhanden, die Zahl der vorkommenden Specialfälle aber

entsprechend der niederen Einwohnerzahl zu gering ist. Er sieht sich darauf angewiesen, den Kreis seiner Thätigkeit zu erweitern und wird dabei naturgemäss durch den Nasenrachenraum — räumlich das Bindeglied zwischen Ohr und Hals — zunächst zur Beschäftigung mit der Otologie geführt. Das ist eine durchaus natürliche und verständliche Entwicklung. Wieweit dieselbe gehen wird, scheint in diesem Augenblicke misslich vorherzusagen. Es ist denkbar, dass sie immer weiter um sich greift und dass schliesslich reine Laryngologen und Otologen ebenso zu den Merkwürdigkeiten der Vergangenheit gehören werden, wie der Vogel Dodo; es ist andererseits auch möglich, dass die Bewegung, wenn sie auf einem bestimmten Punkte angekommen ist, stehen bleibt, oder gar, dass nach dem gegenwärtigen Drang auf eine Vereinigung eine Reaction im entgegengesetzten Sinne folgt. Vorläufig aber und bis eine allgemeine Meinungsäusserung der Specialisten beider Fächer die Forderungen einzelner Wortführer unterstützt, ist der Zeitpunkt, wie es vielen von uns scheint, noch nicht gekommen, in welchem ein so äusserlicher Grund, wie der genannte, die zwingende Veranlassung abgeben dürfte, an den gegenwärtig bestehenden bewährten Einrichtungen zu rütteln.

„Aber“ — so dürfte sicherlich an dieser Stelle von den Vorkämpfern der Vereinigung eingewendet werden — „wir erkennen es ganz und gar nicht als richtig an, dass das unter der jüngeren Generation sich geltend machende Bestreben nach einer Vereinigung beider Fächer auf ein rein äusserliches Moment zurückzuführen ist, wie das genannte. Wir behaupten vielmehr, dass die Vereinigung mit innerlicher Nothwendigkeit hervorgegangen ist und hervorgeht aus den grossen Fortschritten, welche die Rhinologie im Laufe der letzten 15 Jahre gemacht hat und aus dem wichtigen Einfluss, welchen dieser Zweig unserer Specialität sowohl auf die Laryngologie, wie auf die Otologie gewonnen hat. Bei einem weiteren Getrenntbleiben der Hals- und der Ohren-Specialität steht es zu befürchten, dass die Rhinologie sich in eine Otorhinologie und eine Laryngorhinologie spaltet und einer solchen weiteren Zersplitterung wünschen wir durch die Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie entgegenzuarbeiten.“

Diesem Standpunkt liegen zwei Prämissen zu Grunde, die uns sehr anfechtbar erscheinen. Zunächst können wir bei freudigster Anerkennung der Fortschritte, welche die Rhinologie im Laufe der letzten 15 Jahre gemacht hat, ihren Einfluss auf die Laryngologie und Otologie, von dem man so oft jetzt hört, nicht in dem Maasse anerkennen, das für sie gefordert wird; und zweitens scheint uns die Gefahr eine viel reellere, dass sowohl die Laryngologie wie die Otologie von der Rhinologie vollständig ins Schlepptau genommen werden, als dass die letztere sich nach zwei getrennten Richtungen hin entwickle! —

Wenn wir so sprechen, so sind wir uns völlig bewusst, dass wir nicht nur bei dem heikelsten Punkte dieses Artikels, sondern bei der heikelsten Frage überhaupt angelangt sind, welche die Laryngologie vielleicht je beschäftigt hat, bei der Frage nämlich: ob die Fortschritte der Rhinologie in den letzten 15 Jahren dieselbe wirklich zu der führenden Rolle berechtigen, auf welche manche ihrer Vorkämpfer für sie Anspruch erheben?

Wir wollen es versuchen, diese Frage leidenschaftslos zu erörtern.

Nicht dem geringsten Zweifel kann es unterliegen und dürfte wohl auch von

keiner Seite angefochten werden, dass die beiden Specialitäten: Otologie und Laryngologie vollständig unabhängig von einander entstanden sind und vollständig unabhängig von einander sich entwickelt haben. Die Otologie ist bei weitem die ältere von beiden. Ihre Anfänge reichen bis in den Beginn dieses Jahrhunderts zurück; zur Zeit, als Türck und Czermak begannen, Garcia's Kehlkopfspiegel für medicinische Zwecke dienstbar zu machen, war die Otiatrie bereits zu stattlicher Höhe erwachsen. Wiederum lange vor dieser Zeit aber war bereits die Bedeutung des Nasenrachenraums und der Eustachischen Röhre für die Hörfunction Aerzten aller Nationen bekannt. Die epochemachende Entdeckung Wilhelm Meyer's, die Entdeckung der adenoiden Vegetationen, änderte nichts in diesen Verhältnissen; sie zeigte nur, eindringlicher als man es bis dahin gewusst hatte, die Häufigkeit, mit welcher anatomisch (d. h. durch thatsächliche Verlegung des Luftweges oder durch die Fortpflanzung catarrhalischer Processe) vom Nasenrachenraum aus das Mittelohr in Mitleidenschaft gezogen wird. Gleichzeitig aber gewann diese Entdeckung einen tiefgehenden Einfluss auf die laryngologischen Interessen. Nicht nur die Gehörfunction, sondern auch die Respiration und das Articulationsvermögen erwiesen sich als häufig hochgradig beeinflusst von pathologischen Vorgängen im Nasenrachenraum; Entzündungsprocesse pflanzten sich von dort auf die Nase einerseits, auf die tieferen Luftwege andererseits ebenso fort, wie auf die Ohrtrompete. So wurde der Nasenrachenraum zum natürlichen Bindeglied zwischen beiden Specialitäten, einem Bindeglied, aber wohlverstanden, wie es die Laryngologie mit den verschiedensten anderen Zweigen der Medicin besitzt. Man theilte sich demgemäss friedlich in seinen Besitz, ebenso wie z. B. die Mundhöhle von dem Kliniker, dem Chirurgen, dem Laryngologen, dem Dermatologen, dem Syphilidologen und dem Zahnarzt in Anspruch genommen wird, und bis zur Mitte des vorigen Jahrzehnts fiel es ebenso wenig irgend jemandem und gewiss nicht der Mehrzahl der Specialisten ein, dass der Kehlkopfarzt mit innerlicher Nothwendigkeit gleichzeitig ein Specialist für Ohrenkrankheiten sein müsse, weil beide Specialitäten im Nasenrachenraum ein Bindeglied und einen Berührungspunkt hätten, als es irgend jemand eingefallen wäre oder noch heute einfällt, von ihm zu verlangen, dass er gleichzeitig ein Specialist für Chirurgie, innere Medicin, Neurologie, Augenkrankheiten, Kinderkrankheiten, Zahnkrankheiten etc. sein müsse. Und doch haben alle die genannten Zweige der Medicin ganz sicherlich einen nicht weniger intimen und innerlich begründeten Zusammenhang mit der laryngologischen Specialität, wie die Otologie!

Hoffentlich wird man diese Ausführungen nicht missverstehen. Wir plädiren durchaus nicht für eine engherzige, maschinenmässige, räumlich etagenmässig abgegrenzte Auffassung des Specialismus. Der Schreiber dieser Zeilen ist sein Lebtag für das gerade Gegentheil eingetreten. Er hat es stets auf das Freudigste begrüsst, wenn von anderer Seite her, als der rein lokal specialistischen Anregungen in das Gebiet unserer Specialität hineingetragen worden sind und wenn umgekehrt unsere Specialität in Wechselbeziehung sich der grossen Mutterwissenschaft nützlich erwiesen hat. Niemand kann sich mehr darüber freuen als er, wenn sich unsere Specialität aus wissenschaftlich allgemein und gründlich durchgebildeten Aerzten recrutirt, wenn jeder Specialist auch weiterhin den Zusammenhang mit der Allge-

meinmedicin aufrecht erhält. Und ebensowenig kann und darf es jemandem seiner Ansicht nach einfallen, einem Arzt vorschreiben zu wollen, wie weit er seine praktische Thätigkeit auszudehnen oder zu beschränken habe. Das alles muss durchaus eigener Neigung und individuellen Erfordernissen überlassen bleiben und wird sich diesen gewiss auch allerorts und stets ungezwungen anpassen. Man findet ja gelegentlich die wundersamsten Zusammenstellungen. Von der Combination der Otologie mit der Laryngologie ganz abgesehen, giebt es — zumal in Amerika, nicht nur Privatpersonen, sondern auch Zeitschriften und selbst Specialgesellschaften, die der gleichzeitigen Pflege von Augen-, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten obliegen; zwei hochgeschätzte deutsche Collegen, von denen der eine, der frühverstorbene Michelson, leider nicht mehr unter uns weilt, der andere aber in vollster Rüstigkeit wirkt, haben den praktischen Beweis geliefert, dass man gleichzeitig ein trefflicher Halsarzt und ein guter Dermatologe sein kann. Und die vielleicht ausserordentlichste Verbindung zweier Specialitäten, die es selbst auf dem Wege der Reflexthätigkeit schwer sein dürfte, mit einander in Verbindung zu bringen, findet sich in der Person eines liebenswürdigen britischen Collegen, der eine ebenso geschätzte Autorität für Halskrankheiten, wie für — — Nierenchirurgie ist!

So soll sich und wird sich auch jederzeit die individuelle Neigung ungehindert Bahn brechen. Aber der objective Beobachter, der die Geschichte derjenigen beiden Fächer, mit denen wir uns hier speciell befassen, aufmerksam verfolgt hat, wird doch frappirt sein darüber, wie selten sich bis vor verhältnissmässig kurzer Zeit, die individuelle Neigung derjenigen, welche hauptsächlich dazu beigetragen haben, je eines dieser beiden Fächer wissenschaftlich auf ihre jetzige Höhe zu erheben, auf eine Combination derselben geworfen hat! — Wenn man die Namensliste derjenigen überschaut, der schon Dahingegangenen, wie der noch heute Wirkenden, von denen widerspruchslos seitens der Angehörigen beider Specialitäten zugestanden wird, dass sie Bedeutendes in beiden Fächern geleistet hätten, so ist ihre Zahl eine erstaunlich geringe. Von den Heimgegangenen dürfte der einzige Voltolini sein; die Namen der Lebenden liessen sich leicht genug an den Fingern abzählen. Es soll damit nun selbstverständlich nicht behauptet werden, dass nicht ein und derselbe Mann in beiden Fächern Vortreffliches zu leisten imstande wäre. Wir registriren nur die nackte Thatsache (die sicherlich nicht bedeutungslos ist gegenüber dem behaupteten innerlichen nothwendigen Zusammenhange beider Specialitäten), dass so wenige von den Schöpfern der modernen Otologie und Laryngologie — nach dem Zeugniss der Literatur zu schliessen — das Bedürfniss eines solchen Zusammenhanges empfunden und schriftstellerisch bethätigt haben. Die Vertreter der neuen Richtung haben die reinen Otologen und Laryngologen in jüngster Zeit wiederholt als „Extremisten“ bezeichnet, als ob die letzteren versucht hätten, ihr eigenes Fach auf Exstremste zu specialisiren. Die den historischen Thatsachen vollständig entsprechende Schilderung, die wir im Obigen gegeben haben, zeigt wohl zur Genüge, dass dieser Vorwurf den historischen Vorgang schlimm verkennt; nicht eine künstliche Trennung naturgemäss zusammengehörender und aus einem und demselben Samenkorn entstandener Fächer streben die Vertheidiger der gegenwärtig bestehenden Einrichtungen

an, sondern es sind die Vertreter der neuen Richtung, welche völlig unabhängig von einander entstandene und sich nur in einzelnen Punkten berührende Fächer zwangsweise mit einander verschmelzen wollen.

Und welches sind denn nun die grossen Fortschritte der Rhinologie, wo liegt denn der gewaltige Einfluss, den dieselbe sowohl auf die Laryngologie, wie auf die Otologie gewonnen hat und der die zwangsweise Verschmelzung beider zur innerlichen Nothwendigkeit macht?

Das Evangelium derselben wird uns wieder und wieder gepredigt. Aber ist dasselbe wirklich so unanfechtbar, so zweifellos richtig, dass wir uns den Behauptungen seiner Jünger widerstandslos zu fügen hätten?

Diese Frage ist kaum je aufgeworfen und kritisch untersucht worden; begreiflich genug; denn es ist stets eine nicht eben erfreuliche Aufgabe, sich einer Richtung entgegenzustellen, die beansprucht, als die Vertreterin wissenschaftschaftlichen Fortschritts zu gelten, und wer es wagt, dies zu thun, setzt sich der Gefahr aus, als Reactionär und Dunkelmann verschrieen zu werden.

Dieses Bedenken aber soll uns nicht abschrecken, auf die Frage der Entwicklung der Rhinologie in den letzten 15 Jahren und auf die sich naturgemäss an sie anschliessende zweite Frage: ob diese Entwicklung die Ansprüche rechtfertigt, welche in ihrem Namen erhoben werden, in Kürze einzugehen. Nennt man die Sache beim rechten Namen, so sind diese Fragen nicht nur der Kernpunkt der gegenwärtigen Discussion, sondern sie bedeuten auch den Angelpunkt unserer ganzen Disciplin für die nächste Zeit. Schon heute fühlen sich viele unserer jüngeren Specialcollegen weit mehr als Rhinologen, denn als Laryngologen und sprechen das ganz offen aus. Die Laryngologie im engeren Sinne wird von einem Theil dieser jüngeren Generation als eine mehr oder minder abgegraste Weide betrachtet. Ist diese Auffassung berechtigt? Liegt es wirklich im Interesse unserer Specialität, der ärztlichen Wissenschaft im Allgemeinen und der Kranken, dass die Rhinologie in Zukunft die Führung übernehmen soll, dass die Laryngologie auf das Altentheil gesetzt wird?

Bis zum Jahre 1880 lagen die Verhältnisse gerade umgekehrt. Die Laryngologie bildete für die Laryngologen die Hauptsache, die Krankheiten der Nase, des Nasenrachenraumes und des Rachens spielten dem Kehlkopf gegenüber eine verhältnissmässig untergeordnete Rolle. Freilich waren die Einsichtigeren auch damals schon weit davon entfernt, die Bedeutung der Nase für die Krankheiten der unteren Luftwege zu unterschätzen; man wusste auch damals schon die üblen Folgen der Mundathmung zu würdigen. Das alles aber hielt sich innerhalb gemessener Grenzen.

Anfang der 80er Jahre nun erschienen in rascher Aufeinanderfolge drei Arbeiten, welche Nasenaffectionen eine viel höhere Bedeutung zusprachen, als ihnen bis dahin zuerkannt war: der Aufsatz von Woakes über nekrotisirende Ethmoiditis, die erste Ziem'sche Arbeit über Empyem der Kieferhöhle und Hack's Monographie über eine operative Radicalbehandlung bestimmter Formen von Migräne, Asthma, Heufieber etc.

Von diesem Zeitpunkt an ist die Geschichte der Rhinologie eine sehr merkwürdige gewesen. Unzweifelhaft hat sie in vielen ihrer Capitel bedeutende Fort-

schritte gemacht. Aber wie ein Verhängniss hat es über ihrer Entwicklung geschwebt, dass an die weitaus meisten dieser Fortschritte anfänglich weit höhere Erwartungen geknüpft wurden und viel mehr für ihre Bedeutung in Anspruch genommen worden ist, als sich schliesslich realisirt hat. Die nekrotisirende Ethmoiditis sollte ein äusserst häufiges Leiden sein und die Haupt-, wenn nicht alleinige Ursache der Polypenbildung in der Nase darstellen. Diese Lehre hat freilich niemals allgemein Wurzel geschlagen, ist aber doch noch in neuester Zeit wieder aufgenommen worden. Ihre Verfechter plädiren für ein weit energischeres Vorgehen bei allen Fällen von Polypen in der Nase, als es von der Mehrzahl der Specialisten für notwendig befunden wird.

Viel weiter verbreitet und verhängnissvoller war die neue Lehre von den nasalen Reflexneurosen. Als Hack mit seinem Werke in die Oeffentlichkeit getreten war, überbot man sich in den verschiedensten Ländern darin, die von ihm schon recht weit gesteckten Grenzen der nasalen Reflexneurosen noch weiter zu ziehen: Wo irgendwo im Körper obscure nervöse Symptome auftraten, für die eine Ursache anderswo nicht zu ermitteln war, wurde von Enthusiasten die Ursache in der Nase gefunden! — Wie oft hat zumal in der zweiten Hälfte der 80er Jahre der Glühdraht wegen „Nasenhustens“, „Nasenasthmas“, „von der Nase aus ausgelöster Epilepsie“ etc. etc. gewaltet, wo andere Ursachen, als hypothetische intranasale Zustände dem Leiden zu Grunde lagen! Hat sich auch glücklicherweise allmählich in diesen Beziehungen eine weit gemässigtere Anschauung Bahn gebrochen, so wäre es doch irrig, anzunehmen, dass „der Strom unserer Disciplin“, wie es B. Fränkel einmal hübsch ausgedrückt hat, hinsichtlich dieser Dinge bereits „aus der Gegend der Stromschnellen und der Wasserfälle“ herausgetreten sei. Noch vor wenigen Wochen bekannten sich in einer Discussion über die Beziehungen der Nase zum Asthma einige Mitglieder der Londoner Laryngologischen Gesellschaft zu den radicalsten Anschauungen über die Räthlichkeit einer intranasalen Lokalbehandlung bei Asthma auch in solchen Fällen, in welchen nur das vorläge, was sie als „physiologische Insufficienz“ bei sonst gesunder Nase bezeichneten; was man hierunter sich vorstellen solle, darüber freilich wurde Klarheit nicht geschaffen. — Glücklicherweise stand die grosse Majorität der Anwesenden und was am erfreulichsten ist, auch die hervorragendsten Vertreter der jüngeren Generation auf wesentlich gemässigterem Standpunkte.

Auch das Capitel von den Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase — an sich nach der Meinung des Schreibers dieser Zeilen das bei weiten verdienstlichste der modernen Rhinologie — ist von schweren Uebertreibungen nicht frei geblieben. Erscheint schon die Zahl der von einzelnen Specialisten innerhalb kurzer Zeit beobachteten Fälle solcher Erkrankungen auch demjenigen schwer verständlich, der selbst über ein grosses Krankenmaterial verfügt, ohne in demselben auch nur annähernd so viel Sinusaffectionen entdecken zu können, so verwandelt sich das Erstaunen hierüber in Bedauern, wenn man sieht und hört, wie oft es von einigen Vorkämpfern der neuen Richtung für nothwendig befunden wird, chirurgische Eingriffe schwerer Natur vorzunehmen, die ausser Verhältniss zu der Geringfügigkeit der Symptome stehen, während, wie die Erfahrung zeigt, man mit weit kleineren Operationen auskommen kann. Und als eine noch schwerere Uebertreibung muss

der Versuch bezeichnet werden, die Ozaena in allen Fällen auf Erkrankungen der Nebenhöhlen zurückzuführen und letztere demgemäss chirurgisch zu behandeln.

Das Schlimmste aber, was in Bezug auf rhinologische Uebertreibungen geleistet worden ist und noch gegenwärtig geleistet wird, fällt in das Capitel der mechanischen Verengerung der Nasenwege, sei es durch Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand, sei es durch Schwellungszustände der Muschelschleimhaut. Es mag sein, dass die unzweifelhaft bedeutenden technischen Fortschritte in der chirurgischen Behandlung dieser Dinge dazu geführt haben, dass man die Indicationsstellung für chirurgische Eingriffe immer weiter gezogen hat. Wie dem aber auch sein mag, darüber kann kein Zweifel bestehen und das wird auch von den ruhigeren Specialisten aller Länder lebhaft und laut genug beklagt, dass mit dieser Operation gegenwärtig vielfach grosser Missbrauch getrieben wird. Ausgehend von der an sich ganz richtigen Vorstellung, dass entzündliche Vorgänge im Rachen, im Kehlkopf und in den tieferen Luftwegen bei aufgehobener oder doch hochgradig beeinträchtigter Function der Nase sowohl leichter entstehen, wie schwerer rückgängig zu machen sind, hat sich allmählich die ebenso bedauerliche wie unglaubliche Lehre entwickelt, dass entzündliche Vorgänge in den genannten Theilen primär überhaupt nicht vorkämen und dass man bei dem Befunde entzündlicher Veränderungen in ihnen stets in der Nase den Ausgangspunkt zu suchen habe. Und was das Aergste ist: Diese theoretische Lehre wird mehr und mehr in die Praxis umgesetzt! Welcher beschäftigte Specialist sähe nicht solche Fälle, wie die beiden folgenden, die dem Schreiber dieser Zeilen kürzlich zu Gesicht gekommen sind? Der erste betrifft einen Börsenmakler, der infolge gewohnheitsmässigen lauten Schreiens während seiner Berufsstunden einen chronischen Kehlkopfcatarrh acquirirt hatte. Als er den Schreiber dieser Zeilen consultirte, war er bereits $^1/_2$ Jahr hindurch mit Absägen von Vorsprüngen der Nasenscheidewand und chemischen und galvanokaustischen Aetzungen der Muscheln behandelt worden, obwohl er niemals Nasenbeschwerden gehabt hatte, während der Operateur treu dem Princip der vermeintlichen nasalen Aetiologie nie daran gedacht hatte, das wirklich erkrankte Organ, den Kehlkopf, direct zu behandeln. Vollkommene Stimmruhe mit gleichzeitiger adstringirender Lokalbehandlung erzielten in wenigen Wochen vollkommene Heilung. Im zweiten Falle war ein Schauspieler gezwungen, sofort nach dem Ablauf eines schweren Influenzaanfalles zur Bühne zurückzukehren; schon am ersten Abend war er heiser, am dritten hatte sich die Heiserkeit zur fast vollständigen Aphonie verschlimmert. Er consultirte einen Vorkämpfer der neuen Richtung, der ihm erklärte, dass eine grössere Operation in der Nase, über deren Natur der Patient nichts näheres anzugeben wusste, zur Wiederherstellung der Stimme durchaus erforderlich sei. Da der Patient nie in seinem Leben die geringsten Beschwerden seitens der Nase gehabt hatte, so fragte er zunächst seinen Hausarzt um Rath, ob er sich der angeratenen Operation unterziehen solle und wurde von diesem an den Schreiber dieser Zeilen gewiesen, der in der Nase überhaupt nichts fand, was ihm operationsbedürftig erschien, dagegen im Kehlkopf eine starke Röthung und Schwellung der Stimmbänder constatirte, wie sie bei verfrühtem Stimmgebrauch nach eben abge-

laufener acuter Influenza natürlich genug war. Auch in diesem Falle brachte Stimmruhe und adstringirende Lokalbehandlung schnelle Heilung.

Wir würden diese Fälle hier nicht zur Sprache gebracht haben, wenn sie nicht unserer Erfahrung nach einfach typisch für jene Richtung der Rhinologie wären, die wir unserer besten Ueberzeugung nach als direct schädlich für die Entwicklung unserer Specialwissenschaft ansehen und die uns, wie wir fest glauben, in den Augen des gesammten ärztlichen Standes nicht von Nutzen ist. Die Ironie, mit der die praktischen Aerzte die Operationen an der Nasenscheidewand, welche zur Heilung der verschiedensten Leiden als erforderlich erklärt werden, zu erörtern pflegen, ist kein eben erfreuliches Zeichen für die Werthschätzung der Leistungen der modernen Rhinologie.

Ein würdiges Seitenstück zu der übergrossen Thätigkeit, die dem Septum gegenüber entfaltet wird, ist im Laufe der letzten Jahre mit Bezug auf die Schwellungszustände der hinteren Muschelenden entstanden. Früher waren es die vorderen Muschelenden, denen zu Leibe gegangen wurde, jetzt müssen die hinteren bluten! Seitdem die Technik der Operation derselben erleichtert worden ist, speciell seit der Einführung des „Turbinotoms", hat sich plötzlich die Anzahl der als erforderlich erachteten Operationen ins Ungemessene vermehrt: Es giebt ein Specialhospital, das sich der Thatsache rühmt, dass an den Operationstagen die entfernten hinteren Muschelenden „mit dem Besen aufgekehrt werden" müssen. Der secundären Blutungen, die durchaus nicht selten recht ernstlich sind, und vor allen Dingen des durch die Entfernung eines bedeutenden und functionell wichtigen Theiles der Nase gesetzten gewissermassen atrophischen Zustandes, der, wie die Erfahrung zeigt, nur zu leicht zur Austrocknung und Krustenbildung an der hinteren Rachenwand führt, wird bei der brillanten Operation nicht gedacht! —

Fragt man sich nun, was von allen diesen Dingen, die wir im Laufe der letzten 15 Jahre haben entstehen sehen, wirklich geblieben und als sicheres Besitzthum in den Schatz unseres Wissens und Könnens eingereiht worden ist, so würden wir sagen: Die moderne Rhinologie hat festgestellt, dass eine beschränkte Anzahl von Reflexneurosen von der Nase ausgehen kann; sie hat die Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase bedeutend gefördert; sie hat die operative Technik bei intranasalen Eingriffen erheblich vervollkommnet; sie hat die Histologie der Neubildungen der Nase revidirt und theilweise umgestaltet; sie hat uns bakteriologisch über die in der Nase normaliter und pathologisch vorkommenden Mikroorganismen bis zu einem gewissen Grade belehrt und hat manche guten Monographien und Arbeiten zu Tage gefördert, die sich mit ganz speciellen Punkten ihres Gebietes befassen. Das sind gewiss sehr hübsche, sehr anerkennenswerthe Erfolge; bedenkt man, dass dies alles innerhalb 15 Jahren geleistet worden ist, so muss man zugeben, dass die Rhinologie alles Recht hat, darauf stolz zu sein. Aber wie man hieraus den weitergehenden Schluss herleiten will, dass die Rhinologie einen massgebenden Einfluss auf die Laryngologie gewonnen habe, dass sie sich dieser nicht nur als gleichbedeutend zur Seite stellen dürfe, sondern sogar die Führung übernehmen könne — das ist dem Schreiber

dieser Zeilen einfach unverständlich. Dass von dem grossen Einfluss auf die Laryngologie, der der Rhinologie vindicirt worden ist, nach den praktischen Erfahrungen, die wir mittlerweile gesammelt haben, nur in äusserst eingeschränktem Maasse und nur in einer verhältnissmässig kleinen Reihe von Fällen die Rede sein kann, haben wir im Vorstehenden nachzuweisen versucht. Die Krankheiten der Nase aber, so häufig und so verhältnissmässig unbequem für ihren Träger sie auch sein mögen, an Bedeutung den Krankheiten des Kehlkopfes gleichzustellen, kann doch wohl kaum einem ruhigen Beurtheiler einfallen. Wo fände sich in der Nase, selbst mit Einschluss der Nebenhöhlen, wenn wir von den seltenen bösartigen Erkrankungen dieser Theile absehen, eine Krankheit, die sich an pathologischer Dignität, an diagnostischer Bedeutung, an Lebensgefahr für ihren Träger mit der Tuberculose, der tertiären Syphilis, der Diphtherie, den Neubildungen, den organischen Lähmungen des Kehlkopfes vergleichen könnte?

Müssen wir somit die innere Nothwendigkeit, welche aus dem behaupteten Einfluss der Rhinologie auf die Laryngologie für die Verschmelzung der letzteren mit der Otologie resultiren sollte, nach bestem Gewissen in Abrede stellen, so bleibt die zweite Frage: steht die Sache ebenso mit dem angeblichen grossen Einfluss der Rhinologie auf die Otiatrie oder liegen hier die Dinge anders?

In dieser Frage kann der Schreiber dieser Zeilen sich ein wirklich fachmännisches Urtheil nicht erlauben. Ihm ist es wohlbekannt, dass behauptet worden ist, 90—95 pCt. aller Ohrenleiden seien von Nasenkrankheiten abhängig. Aber eine solche unbewiesene Behauptung macht, wie er freimüthig bekennen will, auf ihn ebensowenig Eindruck, wie die ebenfalls kürzlich aufgestellte gleichwerthige, dass etwa $^2/_3$ aller Augenkrankheiten von Nasenleiden ausgehen. Dass die Krankheiten des Nasenrachenraumes vermittelst directer Verlegung der der Eustachischen Röhren oder durch Fortpflanzung pathologischer Processe auf dieselben von höchster Wichtigkeit für das Gehörorgan sind, ist bereits oben nachdrücklichst hervorgehoben worden. Dass von der eigentlichen Nase ausgehende Krankheiten, die sich durch den Nasenrachenraum und die Ohrtrompeten auf das Mittelohr fortpflanzen, gleiche Wirkungen haben müssen, ist selbstverständlich. Die Zahl dieser Leiden aber ist eine verhältnissmässig sehr geringe. Und dass eine blosse Verlegung oder Behinderung der Nasenathmung bei intactem Nasenrachenraum den grossen Einfluss auf die Ventilation des Mittelohres haben soll, auf Grund dessen gegenwärtig Ohrenleiden so vielfach von der Nase aus behandelt werden, hat ihm nie einleuchten wollen. Kein Anhänger der neuen Richtung, mit dem er sich über diese Frage unterhalten hat, ist je imstande gewesen, ihn befriedigend aufzuklären, warum, wenn blosse Verlegung der Nasenathmung den behaupteten grossen Einfluss auf das Gehör habe, gerade diejenige Klasse erwachsener Patienten, bei der die Nasenathmung völlig aufgehoben ist, nämlich die an multiplen Nasenpolypen leidenden, so äusserst selten an Ohrencomplicationen irgend welcher Art erkranken. Der Schreiber dieser Zeilen hat dieser Frage, die ihm von grösster Wichtigkeit für die gegenwärtige Discussion zu sein scheint, seit vielen Jahren ganz besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Auf Grund eines grossen Materials kann er seine Erfahrungen dahin zusammenfassen, dass selbst in Fällen vollständigster Verstopfung beider Nasenhälften durch multiple Polypen Ohren-

complicationen, Schwerhörigkeit, Tinnitus etc. in seiner Praxis zu den grössten Seltenheiten gehört haben. Man wird es danach begreiflich finden, dass er sich gegenüber dem behaupteten grossen Einfluss der Nasenstenose bei allen möglichen Gehörleiden ziemlich skeptisch verhält und Versuche, eine Labyrintherkrankung durch Wegmeisselung einer Septumecchondrose zu verbessern, wie ein solcher ihm in den letzten Tagen vorgekommen ist, mit demselben Bedauern betrachtet, wie die oben erwähnten nasalen Behandlungsversuche bei primärer entzündlicher Erkrankung des Kehlkopfes! — Da er aber durchaus von dem Bestreben beseelt ist, praktische Erfahrung in den hier discutirten Fragen zur Richtschnur der weiteren Entwicklung zu machen, so hat er sich mit der directen Frage an einen von ihm hochgeschätzten jüngeren Otologen gewandt, welcher die Ausübung der rhino-laryngologischen Praxis mit der otiatrischen verbindet: ob er seit Einführung der modernen rhinologischen Methoden von einem directen und erheblichen Fortschritt in der Diagnose und Therapie der Ohrenkrankheiten, der auf rhinologische Einflüsse zurückzuführen sei, berichten könne. Die Antwort war ein unumwundenes Nein!

Wir erheben selbstverständlich nicht den Anspruch, dass unsere eigenen Ausführungen oder die Erfahrungen unseres Gewährsmannes ausreichend sind, um die schwierige Frage, mit welcher wir uns hier beschäftigen, erschöpfend und allgemein befriedigend zu beantworten. Gewiss werden sich viele Einwendungen erheben lassen und mancher Leser wird ganz und gar nicht mit unserer Anschauung einverstanden sein. Aber das eine, hoffen wir, wird doch ziemlich allseitig zugestanden werden, dass diejenigen, welche sich nicht widerstandslos dem Drängen auf die Verschmelzung beider Specialitäten fügen, wissenschaftlich nicht als Obscuranten und Reactionäre zu verschreien sind; sie werden vielmehr von dem Bestreben geleitet, ihrer Wissenschaft Gefahren zu ersparen, die ihr, wie sie glauben, von Seiten der neuen Richtung drohen, welche die zwangsweise Vereinigung der Laryngologie und Otologie unter rhinologischer Führung auf ihre Fahne geschrieben hat.

Es liegt hier offenbar ein Conflict vor, der sich in diesem Augenblick weder befriedigend, noch dauernd lösen lässt. Wir leben in einem Uebergangsstadium, dessen schliessliche Gestaltung sich, wie wir schon Eingangs dieses Artikels bemerkt haben, in diesem Augenblick nicht mit Sicherheit voraussehen lässt. Müssen wir also die endgültige Beantwortung der Frage einer späteren Zeit überlassen, so scheint es uns im gegenwärtigen Augenblicke darauf anzukommen, die streitenden Parteien so weit mit einander zu versöhnen, als möglich, ihren beiderseitigen Interessen so sehr als möglich gerecht zu werden und vor allem: nicht die Interessen unserer Wissenschaft unter dem Zwiespalt der Parteien leiden zu lassen.

Diesen praktischen Bemühungen sei der Schluss unserer Ausführungen gewidmet.

(Schluss folgt.)

II. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, Medicamente etc.

1) **W. F. Chappell. Nasen- und Halskrankheiten und ihre Beziehung zur allgemeinen Medicin. (Nose and throat affections and their relation to general medicine.)** *N. Y. Med. Record. 12. November 1898.*

Häufig sind ganz unschuldige Ausschläge, die mit dem Exanthem bei Scharlach und Masern Aehnlichkeit haben, von Halssymptomen begleitet und dann ist ein diagnostischer Irrthum sehr naheliegend. Zum Beispiel sind manche Menschen sehr empfänglich für gewisse Fischgifte; sie bekommen danach Fieber und Röthung im Halse zugleich mit einem scharlachähnlichen Ausschlag. Bei anderen Patienten, die leicht an folliculärer Tonsillitis erkranken, entwickelt sich jedesmal beim Beginn der Angina ein scarlatinöses Exanthem über Brust und Rücken. In seiner Familie sah Verf. das öfter und wiederholt glaubten Aerzte dabei, Scarlatina vor sich zu haben. Der Ausschlag ist aber in solchen Fällen nicht von Dauer; er vergeht nach 24 Stunden, oft noch früher und verbreitet sich nie weiter, als über die genannten Theile.

LEFFERTS.

2) **H. Stahr. Die Zahl und Lage der submaxillaren und submentalen Lymphdrüsen vom topographischen und allgemein-anatomischen Standpunkte.** Aus dem anatom. Institut zu Breslau. — *His-Engelmann's Arch. f. Anatomie und Physiol. 6. Heft. 1898.*

Bei gesunden Neugeborenen finden sich neben zwei bis drei submentalen stets drei submaxillare Drüsen beiderseits vor. Ueber die genaueren topographischen Verhältnisse unterrichte man sich im Original.

A. ROSENBERG.

3) **Calot** (Berck). **Die Heilung der Halsdrüsenentzündungen ohne Narbe. (La guérison des adénites cervicales sans cicatrice.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

C. macht Injectionen in die geschwollenen Drüsen; am besten ist die Injection einer Chlorzinklösung $^1/_{50}$. Die Injection wird 3—4mal wiederholt in Intervallen von 2 Tagen; jedesmal werden 2—3 g der Lösung injicirt. Auf diese Weise kommt fast stets eine Erweichung der Drüsentumoren zu Stande. Dann wird die Punction gemacht und Naphtholcampher injicirt.

PAUL RAUGÉ.

4) **Redact. Notiz. Vergrösserte Halsdrüsen. (Enlarged cervical glands.)** *N. Y. Medical Record. 12. November 1898.*

Jeder Patient, der vergrösserte Drüsen am Halse hat, soll aufs sorgfältigste im Halse untersucht werden. Besonders wenn es sich um Kinder handelt, denke man daran, dass eine sehr gewöhnliche Ursache der Halsdrüsenentzündung hypertrophische Mandeln oder adenoide Vegetationen bilden. Bei älteren Leuten ist jede Schwellung daraufhin zu untersuchen, ob es sich nicht um ein Neoplasma handelt.

LEFFERTS.

5) **D. E. Siegenbeck van Heukelom** (Leiden). **Angeborne Halsgeschwulst. (Tumeur congénitale du cou.)** *Recueil de travaux du Laboratoire Boerhaave. T. I. Leiden 1899.*

Französische Ausgabe einer früher in holländischer Sprache erschienenen Arbeit (cf. Centralbl. Bd. XI. S. 389). H. BURGER.

6) **Lisjanski. Fall von Lymphangiom des Halses. (Slutschai limfangiomi schei.)** *Letopis r. Ch. 2. 1898.*

Die Geschwulst befand sich vorn am Halse unter dem Unterkiefer. Nach der ersten Exstirpation Fistelbildung und Lymphausfluss. Eine Nachoperation hatte vollständigen Erfolg. P. HELLAT.

7) **J. Ortiz Cano** (Habana). **Angeborene Cyste des Halses. (Quiste congenital del cuello.)** *Revist. de Medic. y Cirug. de la Habana. No. 3. 1898.*

Die Cyste wurde bei einer 42jährigen Frau beobachtet. Der Tumor trat im Verlaufe einer Pharyngitis an der rechten seitlichen Halsgegend auf und verursachte weder locale noch allgemeine Störungen. Die Diagnose auf congenitalen Tumor fötalen Ursprungs wurde per exclusionem gestellt. R. BOTEY.

8) **Chas. L. Scudder. Cyste der Bursa thyro-hyoidea. (Cyst of the thyro-hyoid bursa.)** *N. Y. Medical News. 24. September 1898.*

Die Untersuchung ergab unter dem Kinn etwas oberhalb der Spitze des Schildknorpels genau in der Mittellinie einen festen elastischen runden Tumor von Nussgrösse. Derselbe war mit den tieferen Theilen verwachsen und bewegte sich beim Schlucken. Die bedeckende Haut war an einer Stelle adhärent; dort bestand eine kleine Fistelöffnung, in die sich eine ganz feine Sonde einführen liess.

LEFFERTS.

9) **Coudray. Torticollis spasmodica. Resection des Spinalis. (Torticolis spasmodique. Résection du spinal.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. Oct. 1898.*

Die Resection des äusseren Astes des Spinalis ist die geeignetste Behandlung bei Torticollis spasmodica. Diese Operation ist den vielfachen einander folgenden Durchschneidungen der Halsmuskeln, die von Kocher empfohlen wurden, vorzuziehen. Sie hat vor ihnen den Vorzug, dass sie den operativen Eingriff auf das Minimum beschränkt.

Die Resection des Spinalis führt eine sehr ausgesprochene Besserung, aber ebensowenig, wie die anderen Methoden, die völlige und definitive Heilung einer Affection herbei, welche fast stets von Erkrankung des Nervensystems abhängig ist.

PAUL RAUGÉ.

10) **H. Halász** (Budapest). **Ueber die rhino- und otologische Anwendung des Hydrogenium hyperoxydatum.** *Wiener klin. Rundschau. No. 42. 1898.*

H. lobt die äusserst verlässliche und rasche styptische Wirkung dieses Mittels u. A. auch bei Nasenpolypenoperationen. Die blutende Stelle ist mit einem in Hydrog. hyperoxyd. getauchten Wattetampon zu betupfen. CHIARI

11) **Redact. Notiz. Der Gebrauch von Menthol-Jodol in Nase und Hals. (Menthol-Jodol for use in the nose and throat.)** *N. Y. Medical News. 24. December 1898.*

Um den unangenehmen Geruch des Jodols, das bei der Behandlung catarrhalischer und ulcerativer Processe in Nase und Hals so gute Dienste leistet, zu verdecken, empfiehlt sich ein Zusatz von 1 pCt. Menthol, das zu gleicher Zeit eine erfrischende Empfindung in den damit behandelten Partien hervorruft.

LEFFERTS.

12) **F. Hanszel** (Wien). **Therapeutische Mittheilungen.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 49. 1898.*

H. berichtet aus dem Ambulatorium des Prof. O. Chiari in Wien über die Erfolge des Orthoforms, der Vasogenpräparate, der Airol-, Traumatol- und Xeroformbehandlung, sowie über das Anesin und zwei Gleichenberger Quellen. Als besonders empfehlenswerthes Localanästheticum empfiehlt H. das Orthoform. — Mit Jod- und Mentholvasogen wurden keine besonderen Resultate erzielt; störend ist der Ammoniakgehalt dieser Präparate. Aneson erwies sich als ein viel zu schwach wirkendes Localanaestheticum — die beiden Gleichenberger Quellen haben ihrem hohen CO_2-Gehalte entsprechend günstigen Einfluss bei Catarrhen der oberen Luftwege. — Von Airol, Traumatol und Xeroform zeigte sich, dass diese Mittel wohl alle mehr minder stark secretionsbeschränkend wirken, an Antiseptik jedoch stehen sie weit hinter dem Jodoform, haben aber den grossen Vortheil der Geruchlosigkeit.

CHIARI.

13) **W. Morton. Kataphorese in der zahnärztlichen Praxis. (Katafores w primenenii k subowatschewaniju.)** *Chirurgie. November 1897.*

Besprechung der analgesirenden Wirkung der Einführung von Cocain- und Guajacol-Cocainlösung in den Körper mittelst des elektrischen Stomes. Hat mehr zahnärztliches Interesse.

P. HELLAT.

14) **W. Lamann. Briefe über die Grundzüge der klinischen Elektrolyse und Katalyse. (Pisma ob osnowonatschalach klinitscheskawo elektrolisa i katalisa.)** Petersburg. 1897.

Die vorliegende Schrift enthält 13 Briefe auf 95 Seiten. Der Autor giebt in denselben eine gedrängte, aber klare Uebersicht über den gegenwärtigen Stand unseres Wissens in Bezug auf die Elektricität überhaupt und deren Wirkung auf den Organismus im Speciellen. Wie aus der Ueberschrift ersichtlich, geht das Bestreben des Verfassers dahin, dem Leser die Vorgänge bei der Elektrolyse resp. der Katalyse klar zu legen und den Unterschied zwischen denselben hervorzuheben. Dieses ist dem Autor auch durchaus gelungen. Ueberhaupt zeichnet sich die Arbeit durch Klarheit des Gedankenganges, Präcision der Ausdrucksweise und Uebersichtlichkeit der Auseinandersetzung aus. Auf jeder Seite kann man sich vergewissern, dass Lamann auf dem, im ganzen schwierigen Gebiete, das er hier behandelt, zu Hause ist.

Der Referent ist den theoretischen Erörterungen L.'s mit vielem Interesse gefolgt und glaubt, dass die Arbeit durchaus zeitgemäss ist, indem sie ein für alle

mal die Grenzen zwischen Elektrolyse und Katalyse festlegt und sie auf physikalische, chemische und physiologische Gesetze zurückführt. Ferner möchte Referent die Einführung einer Nebenbatterie als einen Fortschritt auf dem Gebiete der Elektrotherapie bezeichnen. — Wenn man den theoretischen Eröterungen des Autors mit Aufmerksamkeit folgt, so kann man nicht anstehen, der Katalyse in der Medicin, namentlich auch in der Rhino-Laryngologie einen grösseren Raum zu gewähren; leider kann man diese Ueberzeugung aus den practischen Beispielen, die der Autor zur Illustration seiner Theorie heranzieht, nicht in gleicher Weise schöpfen. Denn erstens ist die Anzahl derselben zu gering (nur 4), ferner dürfte aus diesen vier Fällen nur einem einzigen eine gewisse Beweiskraft zugesprochen werden, ich sage vielleicht, weil auch in diesem Falle eine spontane Rückbildung nicht ausgeschlossen werden kann. Es handelte sich in demselben um ein subglottisches Infiltrat, entstanden infolge einer Perichondritis des Ringknorpels aus unbekannter Ursache. Die Behandlung setzte ein 4 Monate nach dem Auftreten der Perichondritis und dauerte ein ganzes Jahr! Die drei übrigen Fälle (ein syphil. Infiltrat des Larynx und zwei Sarcome) sind jeder Beweiskraft bar. Beim syphil. Infiltrat wurde gleichzeitig Kal. jod. gereicht und die zwei Sarcomfälle führten nach einer zeitweiligen Besserung und Abstossung grösserer oder kleinerer Theile zum gewöhnlichen Ausgange. Abstossung gewisser Theile kann bei Sarcomen wie auch bei Carcinomen auf die verschiedenste Weise erreicht werden. Es ist kaum erforderlich auf die so zahlreichen Heilmethoden hinzuweisen, die im Laufe der Jahrhunderte gegen diese Geschwülste zur Anwendung gekommen sind. Der leider zu kurze Ruhm, den die eine oder die andere derselben erlangte, basirte gewöhnlich auf denselben Erscheinungen, die L. anführt. Vor einigen Jahren machte Referent mit Pyoktanin viele Versuche. Das Mittel war gut; es rief Resorption und Abfall gewisser Geschwulsttheile hervor. Aber leider starben die Patienten früher, bevor die Geschwulst ausgeheilt war. Wenn man einer neuen oder gar einer ad acta gelegten Behandlungsmethode das Bürgerrecht erkämpfen will, so leisten zweifelhafte Belege, welche für die Wirksamkeit derselben angeführt werden, ihr schlechte Dienste.

Im Interesse der Sache wollen wir hoffen, dass Lamann in weiteren Mittheilungen in der Auswahl der Fälle glücklicher sein wird. P. HELLAT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **Rein. Ueberblick über die Krankheiten der Nase, des Rachens und des Nasenrachenraumes. (Obsor-bolesneinosa, glotki i gorla.)** *Chirurgie. April 1897.*

Nichts Neues. P. HELLAT.

16) **Henri Mendel. Verstopfung der Nase. (De l'obstruction nasale.)** *Medecine moderne. 30. März 1898.*

In der vorliegenden Vorlesung, die M. im Hôpital de la Pitié hielt, resumirt er die interessanten Untersuchungen, die er in seinem kürzlich erschienenen

Buch: Die Physiologie und Pathologie der Nasenathmung (Paris 1897) mitgetheilt hat.

Die Hauptfunction der Nase ist die Athmung; der Geruch ist nur ein secundäres Attribut derselben. Mit einem von ihm erfundenen Apparat, dem Rhinometer, konnte M. feststellen, dass das Volumen der durch die Nase inspirirten Luft zu der durch den Mund eindringenden sich verhält, wie 1,25 : 1.

Die Störungen, welche die Insufficienz der Nase im Gefolge hat, sind zumeist bedingt durch die zu geringe Menge der in die Lungen gelangenden Luft und die dadurch verursachte Sauerstoffarmuth des Blutes.

Die Nasenkrankheiten, welche zu Insufficienz Anlass geben, sind:

1. Die congenitalen oder erworbenen Missbildungen des Skeletts.

2. Die acuten oder chronischen Entzündungen der Riechschleimhaut oder der Nebenhöhlen.

3. Die Neubildungen.

In symptomatischer Hinsicht entstehen aus der nasalen Insufficienz folgende Erscheinungen.

a) Die mangelhafte Blutzusammensetzung. Dies ist das wichtigste Symptom; es steht in seiner Intensität in directem Verhältniss zum Grade der Nasenverengerung und lässt sich weder durch die Mundathmung, noch durch die Steigerung der Athemfrequenz verbessern.

b) Störungen infolge der mangelhaften Lüftung des Nasenrachens (Störungen des Gehörorgans durch Druckveränderungen in der Paukenhöhle).

c) Störungen infolge der unzureichenden Menge der inspirirten Luft. Dies sind die Störungen der Stimme. Die Lunge enthält nicht genügend Luft, um mit genügender Kraft das Stimmorgan „anzublasen“.

d) Störungen infolge des Einathmens einer kalten, trockenen und unreinen Luft (Angina, Tracheitis, Bronchitis).

e) Störungen infolge der Nichtbenutzung der Nasenwege. Hier sind die Gesichtsveränderungen zu erwähnen, die man am ausgesprochensten bei Adenoiden findet; ferner die Missbildungen der Wirbelsäule, Sehstörungen etc. und Anosmie.

Die Diagnose ist leicht bei totaler Verstopfung der Nase; sie kann dem Patienten und auch dem Arzte entgehen, wenn sie nur partiell ist. Für diese Fälle benutzt M. seinen Rhinometer, der die Grösse der Nasenathmung und die der Mundathmung aufzeichnet; das Verhältniss der beiden Zahlen stellt die „nasale Capacität“ des Untersuchten dar.

Nachdem eine nasale Insufficienz constatirt ist, muss ihre Ursache ergründet werden. Der rhinoskopischen Untersuchung fällt die Lösung dieses Theiles der Aufgabe zu.

Die Behandluug schliesslich hat die Aufgabe, mit allen geeigneten Mitteln die Durchgängigkeit der Nase wieder herzustellen.

(Es schien mir nicht unzweckmässig, dieser Arbeit ein etwas längeres Referat zu widmen, weil dieselbe durch originelle Gedanken das hervorragend praktische Thema wieder aufgefrischt hat. Ref.) PAUL RAUGÉ.

17) **J. Guttman. Verstopfung der Nase und ihr Einfluss auf den menschlichen Organismus. (Obstruction of the nose and its influence upon the human organism.)** *N. Y. Medical Journal. 15. October 1898.*

Der Artikel enthält absolut nichts Neues. LEFFERTS

18) **Wm. Scheppegrell. Bronchitis mit besonderer Berücksichtigung der gestörten Nasenathmung als ursächlichen Factors. (Bronchitis with special reference to abnormal nasal respiration as an aetiological factor.)** *N. Y. Med. Journal. 3. December 1898.*

Verf. beschäftigt sich mit derBeziehung der Nasenathmung zu der Bronchitis. Er sieht in der Störung der ersteren eine der wichtigsten und häufigsten Ursachen der letzteren und verlangt die Beachtung dieses Punktes bei der Behandlung der tieferen Luftwege. Dass auch zahlreiche andere Factoren (Inhalation reizender Dämpfe, Blutkrankheiten, specifische Fieber etc.) Bronchitis verursachen können, verkennt er nicht. LEFFERTS.

19) **Buys. Intermittirende Nasenverstopfungen. (Obstructions nasales intermittentes.)** *Journ. méd. de Brux. No. 13 u. 14. 1898.*

Mittheilung im Cercle Méd. von Brüssel, welche in einer späteren Nummer des Journals wiedergegeben werden soll. BAYER.

20) **James R. Wallace** (Dublin). **Schwere traumatische Entstellung der Nase mit Verstopfung derselben durch Verbiegung des Septums, geheilt durch forcirte Reposition und eine plastische Operation. (Severe traumatic nasal disfigurement with obstructive deflection of the septum cured by forcible reposition and a plastic operation.)** *Dublin Med. Journal. November 1898.*

Der Patient hatte sich beim Sturz vom Pferde den Nasenrücken und das Septum zerbrochen; die Nasenlöcher, besonders das rechte, waren fast ganz geschlossen und die Athmung aufs Aeusserste behindert. Zehn Tage nach dem Unfall wurde der Nasenrücken mittelst einer Zange aufgerichtet und die vordere Nase tamponirt. Drei Monate später sah W. den Patienten; er constatirte eine starke Verbiegung des Septums nach rechts mit fast völligem Verschluss der rechten Nasenseite. Unter Chloroformnarkose wurde nach Tamponade der hinteren Nase das Septum mit Gewalt gebrochen und gerade gerichtet. Dann wurde ein Stück vom Boden der linken Nasenseite abgetragen, das Septum durch einen tiefen Schnitt vom Boden gelöst und vorn durch eine tiefgreifende Silberdrahtnaht, die durch die Gewebe über der Intermaxillarverbindung und aussen durch die Oberlippe ging, in der Mittellinie befestigt. Zwei weitere Drahtnähte wurden an den beiden Seiten des Septums durch den Nasenboden gelegt und dann tamponirt. Das Resultat war ein vortreffliches. A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

21) **Baumgarten. Knöcherner Verschluss der Choane.** *Mon. f. Ohr. No. 9. 1898.*

Der Fall betrifft einen 18jährigen Juristen, dessen linke Choane knöchern verschlossen war und mit Bohrer und Hohlmeissel durchgängig gemacht wurde. SCHECH.

22) **W. Freudenthal. Die Beseitigung der Mundathmung. (The control of mouth breathing.)** *N. Y. Med. Record. 10. November 1898.*

F. bespricht einen Artikel im Medical Record vom 24. September 1898 mit der Ueberschrift: „Ein Contrarespirator zur Beseitigung der Mundathmung" und warnt gegen jedes derartige Mittel. Ist die Nase verstopft, so soll man das Hinderniss forträumen; dann wird der Patient sehr bald durch die Nase athmen auch ohne jeden Apparat oder ähnliche mechanische Hülfsmittel. LEFFERTS.

23) **Helsmoortel. Vorzeigen zweier Rhinolithen. (H. présente deux rhinoliths.)** *Annal. de la Société Méd.-Chir. d'Anvers. Février 1898.*

H. zeigt 2 Rhinoliten vor, welche einem Mann von 50 Jahren entfernt worden waren. Dieselben hatten keinerlei Störungen hervorgebracht und enthielten in ihrem Centrum je einen Kirschkern. BAYER.

24) **F. Rueda** (Madrid). **Rhinolithiasis. (Rinolitiasis.)** *Revist. de Medic. y Cirug. pract. No. 26. Februar 1899.*

Beobachtung eines 12 Gramm schweren Nasensteins bei einer 60jährigen Frau, welche ihn angeblich seit 40 Jahren besass. Der Rhinolith hatte die untere Muschel zerstört und den knöchernen Gaumen freigelegt. R. BOTEY.

25) **Max Carrière. Lebender Fremdkörper zu einem grossen Abscess der Nasenscheidewand führend. (Corps étranger vivant ayant déterminé un gros abscès de la cloison du nez.)** *Gaz. hebd. de méd. Paris. 24. November 1898.*

15jähriges Mädchen, das sehr häufig an Schnupfen gelitten hat, sucht C. auf wegen einer Verstopfung der Nase, die sich ohne ersichtliche Ursache und ohne grosse Schmerzen herausgebildet hat. C. constatirt einen doppelseitigen Abscess des Septums, eröffnet denselben mit dem Messer und findet in dem entleerten Eiter eine Insectenlarve, deren Natur er nicht identificiren konnte. Er sieht in dem Fremdkörper die Ursache des Abscesses; die Larve hat durch ihre Entwicklung die eitrige Entzündung verschuldet. A. CARTAZ.

26) **W. P. Meyes. Ein Insect in der Nase. (A centipede in the nose.)** *N. Y. Med. Journal. 3. December 1898.*

Die Patientin litt an rechtsseitigem supraorbitalem Kopfschmerz mit geringer mucopurulenter Secretion aus dem rechten Nasenloch. Sie führte diese Störungen auf eine „Erkältung" zurück, die sie sich im Frühling dieses Jahres zugezogen hatte. Die Schleimhaut war hyperaemisch, die untere Muschel der rechten Seite hypertrophisch. M. verordnete ein Schnupfpulver von Menthol und Borsäure. Bei einem heftigen Niesen kam ein lebendes Insect zu Tage, das sich als Centipede erwies. Die Secretion und der Kopfschmerz hörten alsbald auf. LEFFERTS.

27) **Bousquet** (Clermont-Ferrand). **Ein neues pneumatisches Verfahren zur Extraction von Fremdkörpern aus der Nasenhöhle. (Un nouveau procédé pneumatique d'extraction des corps étrangers des fosses nasales.)** *Bulletin méd. 14. September 1898.*

Das Kind eines Arztes hatte sich eine Bohne tief in die Nasenhöhle einge-

führt. Der Vater legte seinen Mund auf die Nasenöffnung des Kindes und machte eine Reihe starker Aspirationen, die den Fremdkörper zu Tage förderten.

Die originelle Methode bedarf keines Commentars; wer den Muth hat, versuche sie.

PAUL RAUGÉ.

28) **Ino D. O. Connell. Die Extraction von Fremdkörpern aus der Nase. (The extraction of foreign bodies from the nose.)** *N. Y. Med. Journal. 31. December 1898.*

Verf. empfiehlt die Injection von Wasser von der freien Seite der Nase aus.

LEFFERTS.

29) **Felizet** (Paris). **Fremdkörper der Nasenhöhle beim Kinde. (Des corps étrangers des fosses nasales chez l'enfant.)** *Société de Chirurgie. 16. November 1898.*

Die Extraction kann mit Hülfe einer Zange oder Pincette vorgenommen werden. Bisweilen bedient sich Verf. einer Methode, die der gebräuchlichen Tamponade der Nase entspricht. Dieselbe besteht in der Einschiebung eines Tampons von hinten nach vorn, wobei der Fremdkörper vorgeschoben wird. Dieses Verfahren ist aber schmerzhaft. Gewöhnlich zieht F. deshalb das mildere Mittel einer reichlichen Injection von lauwarmem Wasser in das freie Nasenloch vor; der durch die andere Nasenseite zurückfliessende Strom spült den Fremdkörper heraus.

PAUL RAUGÉ.

30) **G. Felizet. Behandlung der Fremdkörper der Nasenhöhle bei Kindern. (Traitement des corps étrangers des fosses nasales chez les enfants.)** *Gaz. d. Hôpitaux. 29. November 1898. N. Y. Med. Journal. 17. Dec. 1898.*

F. berichtet über 31 Fälle von Fremdkörpern in der Nase bei Kindern. Die Fremdkörper waren verschiedener Art, Knöpfe, Erbsen, Kirschkerne, Bohnen u. s. w. Mehrere Male gelang F. die Extraction fest eingekeilter Fremdkörper auf die Weise, dass er eine feine Sonde durch die Nase in den Rachen führte, einen Wattebausch daran befestigte und sie durch die Nase zurückzog, wobei der Fremdkörper mit herausgeschoben wurde. Seit einiger Zeit bedient er sich eines einfacheren Mittels, der Nasendouche, die unter einigem Druck von der freien Nasenseite aus eingeleitet wird. Complicationen von Seiten der Ohren hat F. bei derselben nie beobachtet.

A. CARTAZ.

31) **J. Molinié** (Marseille). **Die Fremdkörper der Nase bei Kindern. (Les corps étrangers du nez chez les enfants.)** *Médecine moderne. 16. November 1898.*

Die Frage der Fremdkörper in der Nase bei Kindern verdient eine besondere Bearbeitung, einmal wegen der Häufigkeit der Fremdkörper gerade im jugendlichen Lebensalter und zweitens wegen der besonderen anatomischen Verhältnisse der kindlichen Nasenhöhle.

Die Nase des Kindes unterscheidet sich von der des Erwachsenen nicht nur durch ihre geringere Geräumigkeit, sondern auch durch die Ungleichmässigkeit ihrer Proportionen, die sich mit dem Aelterwerden abschwächt, bis zum 5. Lebensjahre aber sehr ausgesprochen bleibt.

Legt man frontale Schnitte durch die Nasenhöhle, so constatirt man eine ausserordentliche Enge der Höhle sowohl im transversalen, wie im verticalen Durchmesser. Die freie Fläche der unteren Muschel ist nur 2—2½ mm von der Nasenscheidewandebene entfernt und ihr unterer Rand berührt fast den Nasenboden, so dass der Meatus inferior mit der eigentlichen Nasenhöhle nur durch einen schmalen Spalt, der von vorn nach hinten verläuft, communicirt.

Die Choanen und die Nasenrachenhöhle zeigen dasselbe Aussehen, sie sind rund statt ovalär und der Nasenrachen gleicht im Ganzen einem Canal, der von vorn nach hinten sich verlängert und der um so enger erscheint, je mehr nach hinten man ihn untersucht.

Diese besondere Gestaltung der kindlichen Nase hat natürlich auf die Art der Einführung von Fremdkörpern und auf das Verfahren bei der Extraction derselben grossen Einfluss.

Im Alter von 2—5 Jahren werden die Fremdkörper der Nase am häufigsten beobachtet. Meistens findet man sie am Eingang des mittleren Nasenganges oder zwischen mittlerer Muschel und Septum eingeklemmt. Selten nur findet man sie tiefer, in der Gegend der Choanen oder im Nasopharynx. In diesem Falle sind sie meist erst durch ungeschickte Extractionsversuche dorthin gelangt.

Folgen der nasalen Fremdkörper sind Athembehinderung, Asthma, foetide Secretion, Excoriationen und Ulcerationen, narbige Verengerungen, Septumdeviationen, Coryza caseosa und Rhinolithenbildung. Diese Folgestörungen machen die möglichst schnelle Entfernung der Fremdkörper zur Pflicht.

Bisweilen kommt man zum Ziel, wenn man den Kranken kräftig sich schnauben lässt oder Niesen hervorruft. In ähnlicher Weise sind Einblasungen von Luft mittelst einer Tube (Dodd) oder mittelst des Politzer's empfohlen worden. Die Nasendouche verwirft M. wegen ihrer Gefahren für das Mittelohr. Schlagen diese unschuldigen Mittel fehl, so muss man zur directen Extraction greifen. Um ein Weitervorstossen und Einklemmen des Fremdkörpers zu vermeiden, darf jeder Versuch dieser Art nur mit dem Speculum und bei guter Beleuchtung vorgenommen werden.

Am häufigsten bedient man sich einer Zange oder einer hinter den Fremdkörper geführten Sonde. Niemals darf man versuchen, den Fremdkörper in den Rachen zu stossen, um ihn dann vom Munde aus zu entfernen; man würde ihn nur zur Einklemmung in der engsten Partie, die hinten gelegen ist, bringen.

Kommt man nicht anders zum Ziel, so empfiehlt M. ein fadenförmiges Bougie durch die Nase zu führen, dieses im Rachen mit der Zange zu fassen und einen Schwamm oder Gazebausch mittelst eines Seidenfadens daran zu befestigen; indem man das Bougie mit dem Schwamm zurückzieht, fegt man die Nase rein und bringt den Fremdkörper mit heraus.

Steckt der Fremdkörper in der Choane, so ist er mit einer Hartgummisonde in den Nasenrachen zu stossen und dort mit dem Finger oder der Zange zu fassen, während das Kind auf dem Rücken liegt mit hängendem Kopfe.

Wegen der Ungeberdigkeit der Kinder empfiehlt M. die allgemeine Narkose.

PAUL RAUGÉ.

32) **G. G. Davis. Bruch der Nase. (Fracture of nose.)** *N. Y. Med. Record. 10. December 1898.*

Wenn der Nasenrücken eingesunken ist, versuche man die Aufrichtung nach der Methode von Sir Astley Cooper. Eine Nadel wird von einer Seite zur anderen durch die Nase gestochen, auf beide vorstehenden Enden derselben wird ein Stück Kork gesetzt und diese beiden Stücken werden dann soweit zusammengedrängt, bis der Nasenrücken ausreichend hoch ist. Die Deformität des Knochens hat in sich nicht die Tendenz zu verschwinden; ist es wünschenswerth, sie zu verbessern, so soll dies auch gleich geschehen. LEFFERTS.

33) **Garel. Seltene Nasenbrüche mit Necrose und Ausstossung der unteren Muschel. (Fractures rares du nez. Necrose et élimination du cornet inferieur.)** *Annales des malad. de l'oreille. No. 10. October 1897.*

Es handelt sich um eine Fractur mit Necrose der unteren Nasenmuschel ohne primäre äussere Deformirung der Nase. E. J. MOURE.

34) **Löhnberg. Ueber einen Apparat zur Vibrationsmassage des Trommelfelles und der Nasenschleimhaut für den Selbstgebrauch der Patienten.** *Mon. f. Ohr. No. 8. 1898.*

Der Apparat kann an eine Nähmaschine angehängt und durch dieselbe getrieben werden; zu kaufen bei Mechaniker Löwe, Zittau. SCHECH.

35) **Spiess. Anwendung der Röntgen-Strahlen in der Rhino-Chirurgie. (Application des rayons Roentgen à la rhino-chirurgie.)** *Rev. internat. de rhinol., otol. etc. No. 5. November 1898.*

Sp. bediente sich der Röntgenstrahlen, um eine breite Communication zwischen der Nasenhöhle und dem Sinus auf endonasalem Wege herzustellen. Von drei Versuchen glückten zwei. E. J. MOURE.

36) **Monscourt. Die Galvanokaustik und die nasalen Synechien. (La galvanocaustie et les synéchies nasales.)** *Annal. des malad. de l'oreille. No. 5. Mai 1898.*

Verf. tritt gegen den Missbrauch der Cauterisation in der Nase auf. Er erwähnt einen Kranken, dem in 35 Sitzungen die Nase cauterisirt wurde. Die Aetzungen können, wenn sie ohne die genügende Vorsicht gemacht werden, nasale Synechien mit allen ihren Folgen, Nasenstenose etc., hervorrufen.

E. J. MOURE.

37) **C. C. Rice. Bei welchen Zuständen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs soll man den Galvanokauter anwenden und bei welchen nicht? (In what conditions of the nose, pharynx and larynx the galvano-cautery should and should not be employed.)** *N. Y. Med. Journal. 20. August 1898.*

Der Galvanocauter soll stets mit möglichst geringer Hitze angewendet und stets sorgfältig localisirt werden. Weiche Schwellungen in der Nase sollen durch Punctur verkleinert werden und nicht durch Brennen grosser Flächen der Schleim-

haut. Am knöchernen und knorpligen Septum darf man nur sehr umschriebene Brandwunden anlegen. Vergrösserungen des vorderen Endes der mittleren Muschel, sowie der hinteren Muschelenden sollen gar nicht mit dem Galvanocauter behandelt werden.

J. W. SWIFT (LEFFERTS).

38) **Depierris. Das Nasenbad. (Le bain nasal.)** *Soc. méd. chir. de Paris. 14. November 1898.*

D. beschreibt die Methodik des Nasopharyngealbades mittelst des Fraenkel-schen oder des Urbantschitsch'schen Apparates. Verf. hat sich selbst einen Apparat construirt, eine Art von Pipette aus Glas oder Hartgummi, dessen Gebrauch ihm noch einfacher und praktischer zu sein scheint.

A. CARTAZ.

39) **Paul Raugé** (Challes). **Ueber die Nasenspülung. (Sur l'irrigation nasale.)** *Bulletin Médical. 3. April 1898.*

R. antwortet auf die Anklagen, die gegen die Irrigation der Nase erhoben worden sind. Es sind hauptsächlich drei Punkte:

1. Die Störung des Geruchs. Dieselbe ist meist nicht der Therapie, sondern der Krankheit selbst zuzuschreiben, speciell der Ozaena, die eine der am häufigsten mittelst der Spülungen behandelten Affectionen ist.

2. Der Kopfschmerz. Derselbe ist unbestreitbar recht häufig. Aber er ist meist sehr erträglich und lässt sich auch in Grenzen halten, wenn man nur die Temperatur, den Druck und die Zusammensetzung der Spülflüssigkeit sorgfältig überwacht.

3. Die Ohrenentzündungen. Dieselben sind sehr viel seltener, als man angiebt. Verf. selbst hat sie trotz sehr zahlreich vorgenommener Spülungen in seiner Praxis nie erlebt.

Um der Irrigation ihre Gefahren zu nehmen, halte man folgende Regeln fest:

1. Ehe man Nasenspülungen verordnet, ist stets die ganze Nase gründlich zu untersuchen. Man hat sich ihrer Durchgängigkeit zu versichern, indem man Flüssigkeit durch die engste Stelle fliessen lässt.

2. Die erste Irrigation soll der Arzt selbst leiten.

3. Schriftlich sind dem Pat. Verordnungen zu übergeben bezüglich folgender 5 Punkte:

a) Druck,
b) Temperatur,
c) Stromrichtung,
d) Instrument (Weber'scher Siphon, Esmarch's Apparat, englische Spritze),
e) Spülflüssigkeit (zu vermeiden ist Natriumchlorür, zu bevorzugen Natriumcarbonat, welches das indifferenteste der in Frage kommenden Mittel ist).

Was die postoperativen Irrigationen anlangt, so ist Verf. der Meinung, dass in der Nase ebenso wie an jeder anderen Stelle nach einem chirurgischen Eingriff von einiger Bedeutung eine Spülung des Operationsfeldes angebracht ist.

Autoreferat.

40) **A. Jacobson. Nasenrachendouchen und Nasenspülungen. (Nosoglototschni dusch i nosowija wliwanija.)** *Wojenno-Med. Journal. März 1898.*

J. findet, dass die Gefahren des Eindringens von Flüssigkeiten in das Mittelohr resp. in die Nebenhöhlen bei Nasendouchen vielfach überschätzt werden. Er selbst hat im Verlaufe einer zwanzigjährigen Praxis nur einmal leichte Mittelohraffection erlebt, trotzdem er die Douchen sehr reichlich empfiehlt. Voraussetzung dabei ist, dass die Douchen mit nach vorne geneigtem Kopfe ausgeführt werden. Diese seine Anschauung versuchte der Verfasser experimentell zu stützen. Die Versuche wurden folgendermassen ausgeführt: Der Kopf wird in der Höhe des II. Halswirbels vom Rumpfe getrennt, das Ostium pharyngo-orale vernäht, ein Wassermanometer in den äusseren Gehörgang geführt und nun Eingiessungen in verschiedener Lage unter einem bestimmten Druck vorgenommen. Es ergiebt sich:

1. Wenn man den Kopf nach vorne hält, ist keine Druckerhöhung am Manometer zu constatiren.
2. Bei nach hinten gehaltenem Kopfe ist eine Erhöhung bis 7 cm zu bemerken.
3. Wasser kann in die Trommelhöhle bei 3 cm Manometerhöhe gelangen.
4. Bei Verschluss beider Nasengänge erhöht sich der Druck bis 71 cm.
5. In die Highmorshöhle gelangt das Wasser bei 3 cm,
6. in die Stirnhöhle bei 10 cm.

P. HELLAT.

41) **F. de Sojo** (Madrid). **Rhinologische Optotechnik. Einige Modificationen zum Zwecke grösserer Vervollkommnung. (Optotecnia rinologica. Algunas modificaciones para su mayor perfeccionamiento.)** *La Oto-Rino-Laring. Espan. No. 11. 1898.*

Erwähnung zweier neuer Instrumente: eines Speculum nasi und eines Gaumenzäpfchenhebers. Der neue Nasenspiegel ähnelt demjenigen Loewenberg's.

R. BOTEY.

c. Mundrachenhöhle.

42) **R. von Zeynek. Ueber den electrischen Geschmack.** *Centralbl. f. Physiol. 10. December 1898.*

Da die Geschmacksempfindung mit der Spannung des durch die Zunge geschickten Stromes sich ändert, muss der electrische Geschmack als electrolytische Stromwirkung gedeutet werden.

Die Frage, an welche Stelle der Zunge die Electrolyse hauptsächlich zu verlegen ist, glaubt Verf. dahin beantworten zu sollen, dass man an die durch den Strom bewirkte Zersetzung der Salze des Speichels zu denken hat.

A. ROSENBERG.

43) **A. Beck. Zur Innervation der Speicheldrüsen.** Aus dem physiol. Institut der Universität Lemberg. — *Centralbl. f. Physiol. 16. Mai 1898.*

Seine Untersuchungen haben dem Verf. ergeben, dass der Sitz der Secretions-

centren für die Speicheldrüsen die Facialiskerne sind; die Centren sind doppelseitig.

Unter dem Einfluss centripetaler Erregung gerathen vor allem nur die rein excretorischen Centren in Thätigkeit, während die der trophischen Centren erst von jener abhängt.

A. ROSENBERG.

44) **Hartmann. Pathogenese der Speichelsteine. (Pathogénie de la lithiase salivaire.)** *Société de chirurgie. 23. Februar 1898.*

Es handelt sich um einen Speichelstein im Wharton'schen Gang, den Loison beobachtete: im Centrum desselben wurden durch bakteriologische Untersuchung Streptokokken nachgewiesen. Dieser Befund legt den Gedanken an den infectiösen Ursprung der Steine nahe.

PAUL RAUGÉ.

45) **Kissel** (Moskau). **Eine neue Behandlungsmethode der Stomatitis ulcerosa.** *Arch. f. Kinderheilk. XXVI. Bd. 1. u. 2. Heft. 1899.*

Die ambulatorische Behandlung der Stomatitis ulcerosa leitet K. in folgender Weise: In gewöhnlichen Fällen Einreibungen oder Aufstreuen von Jodoform auf die Geschwüre und fleissige Spülungen mit 3procent. Borsäurelösung. Wenn nach 2—3 Tagen keine Besserung eintritt, oder es sich um verschleppte Fälle handelt, muss das Jodoformpulver energisch eingerieben werden, nachdem man vorher mit Watte den ganzen fauligen Belag von der Oberfläche der Geschwüre entfernt hat. Wenn auch das keine Besserung bringt, sind die Geschwüre mit dem scharfen Löffel auszukratzen.

SEIFERT.

46) **Mongour. Die sogen. diphtheroide Stomatitis ist keine distincte und specifische Form von Stomatitis. (De la non existence d'une stomatite distincte et spécifique dite stomatite diphthéroide.)** *Presse Medicale. 26. März 1898.*

Sevestre und Gaston haben eine neue Form von pseudomembranöser Stomatitis beschrieben, die ausschliesslich durch den Staphylococcus aureus verursacht ist und für die sie Specificität in Anspruch nahmen.

M. discutirt die Erage der Specificität und kommt zu dem Resultat, dass diese vermeintlich neue Art von Stomatitis mit der alten ulcerös-membranösen Form identisch ist.

PAUL RAUGÉ.

47) **August T. Lartigan. Xerostomie oder Mundtrockenheit; mit einer Krankengeschichte. (Xerostomia or dry mouth; report of a case.)** *N. Y. Med. News. 29. October 1898.*

Die Affection ist selten; L. vermag in der gesammten Literatur noch nicht zwei Dutzend Fälle zusammen zu finden. Das klinische Bild der Krankheit ist ein ziemlich bestimmtes. Das Hauptsymptom ist der Mangel an Speichel, den der Pat. als quälende Trockenheit im Munde empfindet; Trockenheit der Nase und auch der Augen — im letzteren Falle kann der Pat. nicht weinen — können daneben vorkommen. Die Krankheit trifft das mittlere und höhere Alter; unter 40 Jahren kommt sie nur ganz ausnahmsweise vor. Die meisten Fälle betreffen Frauen. Der Krankheitsanfang kann ein plötzlicher sein, ist aber meistens schleichend. Das Allgemeinbefinden der Kranken ist nicht beeinträchtigt. Die

Prognose ist ziemlich ungünstig, da die Therapie über keine zuverlässigen Mittel verfügt. Am meisten Vertrauen verdient Pilocarpin. Sharp berichtete kürzlich über eine Heilung durch Quecksilberjodid und Quassia. LEFFERTS.

48) **M. W. Ward. Ein Fall von Xerostomie und seine Heilung. (A case of xerostomia and its cure.)** *N. Y. Medical News. 17. December 1898.*

Die Pat. litt seit 10 Monaten an Mundtrockenheit; sie giebt an, dass dieselbe plötzlich eintrat, nach Untersuchung des Mundes zum Zwecke der Anpassung eines künstlichen Gebisses, gegen dessen Tragen sie Widerwillen empfand.

W. behandelte die Pat. erst mit verschiedenen Mitteln ohne merkbaren Nutzen und empfahl ihr dann, mehrere Stunden am Tage glatte kleine Steinchen im Munde zu tragen. Da sie hierdurch eine deutliche Besserung verspürte, wurde ihr das Tragen des künstlichen Gebisses als das beste Mittel zu dauernder Heilung empfohlen. Die Pat. folgte diesem Rath und ist seither von ihren Beschwerden vollständig befreit. LEFFERTS.

49) **Fr. Schultze** (Bonn). **Ueber Melanoplakie der Mundschleimhaut und die Diagnose auf Morbus Addisonii.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 46. 1898.*

Verf. tritt der Behauptung entgegen, dass das Auftreten von dunklen Flecken auf der Mundhöhlenschleimhaut geradezu typisch und differentialdiagnostisch wichtig für Morb. Addisonii sei. Melanoplakie der Mundschleimhaut sei durchaus nicht so selten und genügt für die Diagnose selbst dann noch nicht, wenn zugleich eine bräunliche Verfärbung der Haut aus unklarer Ursache vorhanden sei.

ZARNIKO.

50) **C. Rasch** (Kopenhagen). **Verrucae mucosae oris.** *Hospitalstidende. 1898.*

Verf. theilt 2 Fälle von multiplen Warzen der Mundschleimhaut mit. In dem ersten Falle war die Mundschleimhaut von einer Verruca auf der Hand inficirt. Die Pat., ein 16jähriges Mädchen, hatte das Blut einer Warze aufgesaugt und danach hatten sich multiple Warzen auf der Mundschleimhaut entwickelt.

In dem anderen Falle, der ein 11jähriges Mädchen betrifft, konnte die directe Uebertragung der Warzen nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden.

SCHMIEGELOW.

51) **Depage. Krebs des Bodens der Mundhöhle. (Cancer du plancher de la bouche.)** *Journal de Bruxelles. No. 50. 1898.*

Demonstration einer Partie des Bodens der Mundhöhle mit einem krebsigen Geschwür von $^1/_2$ cm Durchmesser, welches eine krebsige Infiltration der rechten Halsdrüsen veranlasst hatte. BAYER.

52) **Fuchs** (Bornig). **Ueber den Zungenbelag und seine Bedeutung nebst Untersuchungen über einige chemische Vorgänge in der Mundhöhle nach der Nahrungsaufnahme.** Dissert. Würzburg 1898.

Die Ursachen für den Zungenbelag sind vorerst und im wesentlichen in anatomischen Verhältnissen zu suchen, d. h. er wird bedingt und bezüglich seiner Intensität beeinflusst durch eine mehr oder weniger unverhältnissmässig grössere Länge der Papillae filiformes und Dicke und Auflagerung der Hornschicht. Diese

beiden Grundfactoren werden unter Umständen durch ein mangelhaftes Fortschaffen oder eventuell auch eine ganz fehlende normale Reinigung der Zungenoberfläche durch eingeführte Speisen und durch die beim Sprechen etc. gemachten Bewegungen noch sehr unterstützt.

SEIFERT.

53) **G. Baudouin** (Paris). **Glossitis exfoliativa. (Glossite exfoliatrice.)** *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. 9. Juni 1898.*

Kind mit einem exfoliativen, leicht schmerzhaften Fleck auf der hinteren Partie der Zunge. Derselbe ist ganz stationär und zeigt keine Tendenz zur Ausbreitung. Auch ist er nicht, wie dies bei der Glossitis exfoliativa marginalis der Fall ist, von einem Epithelwall umgrenzt.

PAUL RAUGÉ.

54) **Bayer. Phlegmonöse Entzündung der Zungenbasis in Folge von Angina tonsill. lingualis bei 2 Gichtikern. (Inflammation phlegmoneuse de la base de la langue suite d'angine tonsillaire linguale chez deux goutteux.)** *Annales de l'Institut Chir. de Bruxelles. No. 10. 1898.*

Mittheilung zweier innerhalb 8 Tage beobachteter Fälle von Zungenmandelangina mit phlegmonöser Infiltration der Zungenbasis bei 2 Gichtikern; in dem einen Fall, wo es zur Resolution kam, trat ein regelrechter Gichtanfall auf, in dem anderen, der mit Abscedirung endete, folgte ein abortiver.

Autoreferat.

55) **J. Katz. Phlegmone glosso-epiglottica.** *Wojenno Med. Journal. Mai 1898.*

Beschreibung von 2 Fällen, der eine Fall kam zur Tracheotomie.

P. HELLAT.

56) **Georges Petit. Ueber Psoriasis linguae. (Considérations sur le psoriasis lingual.)** *Indépendance médicale. 21. September 1898.*

Verf. bespricht die ätiologischen Bedingungen, unter denen die Krankheit sich entwickelt. Alle Fälle, die er beobachtet hat, betrafen Gichtiker. Die buccale Leukoplakie geht bisweilen mit dyspeptischen Symptomen einher; von 10 Fällen, die er behandelte, litten 7 an Magenerweiterung. Die Urinuntersuchung zeigte stets eine starke Concentration und deutliche Hyperacidität, bisweilen eine vorübergehende und leichte Glycosurie.

Für die Behandlung ergiebt sich hieraus die Indication einer systematischen Allgemeinbehandlung, auf die Verf. um so mehr Werth legt, als er glaubt, dass die Gefahr einer krebsigen Degeneration beständig vorliegt.

PAUL RAUGÉ.

57) **Jas. P. Tuttle. Ein Fall von primärer Leptothrixmycose der Zunge. (A case of primary infection of the tongue by mycosis leptothricia.)** *N. Y. Med. Record. 21. October 1898.*

An der Zungenbasis finden sich Leptothrixansammlungen häufiger; in Tuttle's Fall aber ist der Zungenkörper erkrankt. Der Patient ist ein junger Mann, der zahlreiche Knötchen und Ulcerationen an der Zunge hatte und sehr herunterkam. Die Diagnose wurde von anderer Seite erst auf Syphilis gestellt. T. dachte zuerst an Actinomykose, fand aber bei der mikroskopischen Unter-

suchung nur entzündlich-hypertrophische Gewebsveränderungen durchsetzt mit zahlreichen langen und dicken Leptothrixfäden. Nach Excision eines Knötchens war die Heilung sehr langsam. Incision und Aetzung mit Salpetersäure brachte wenig Nutzen. Weit mehr erzielte Verf. durch Incision und Aetzung mit Höllenstein. Die Knötchen waren zur Zeit sehr schmerzhaft. Jetzt sind sie bis auf einen an der Zungenspitze beseitigt. Der ganze übrige Mund ist frei. LEFFERTS.

58) **Redact. Notiz. Fissur der Zunge. (Fissure of the tongue.)** *N. Y. Med. Record. 8. December 1898.*

Rp. Acid. carb. . . . 1,5 Theile
Tct. Jodi . . . . 5,0 „
Glycerin . . . . 16,0 „
M.D.S. Mit einem Kameelhaarpinsel local zu appliciren. LEFFERTS.

59) **Pini. Unterscheidung zwischen tuberculärer Syphilis der Zunge und syphilitischer Glossitis. (The diagnosis between tubercular syphilis of the tongue and syphilitic glossitis.)** *N. Y. Med. Record. 21. October 1898.*

Verf. berichtet über seine histologischen Untersuchungen und zählt eine Reihe von Unterschieden anatomischer Art zwischen den beiden Formen der Syphilis der Zunge auf. LEFFERTS.

60) **P. Berger** (Paris). **Tuberculöse Geschwüre der Zunge. (Ulcerations tuberculeuses de la langue.)** Aus der chirurgischen Klinik des Hôpital de la Pitié. *Médecine Moderne. 27. Juli 1898.*

Im Anschluss an die Krankengeschichte eines Falles von Zungentuberculose bespricht B. die Differentialdiagnose der krebsigen, syphilitischen und tuberculösen Zungengeschwüre. Die Diagnose ist oft nicht leicht; sie hat folgende Punkte zu beachten:

a) Die Zahl der Geschwüre: vereinzelt bei Epitheliom, multipel bei Tuberculose und Syphilis.

b) Induration: wenig ausgesprochen und oberflächlich Tuberculose, tiefer greifend bei gummösen Processen und noch mehr bei Carcinom, bei dem ein richtiger Tumor sich bildet.

c) Tiefe der Geschwüre: sehr gering bei Tuberculose; bei Krebs ist das Geschwür tiefer, wie mit dem Locheisen herausgeschlagen; noch mehr bei erweichtem Gummiknoten.

d) Gestalt: bei Tuberculose unregelmässig, polycyclisch, „geographisch“ (Reclus); der Grund ist leicht warzig, graulich.

Der Substanzverlust bei Epitheliom ist tief, buchtig; es ist ein Loch da, an dessen Grunde man Granulationen sieht, die mit einem grauen, rahmigen Eiter bedeckt sind.

Das ulcerirte Gumma ist ein scharf ausgehöhlter Tumor, nicht schmerzhaft, mit gelbem Grunde.

e) Die „gelben Pünktchen“ Trèlat's. Es sind dies Tapioca- oder Sago-ähnliche kleine weissgelbe Hervorragungen rings um die Ulceration. Diese

sind für Tuberculose der Zunge charakteristisch. Sie ulceriren später selbst und confluiren mit dem Hauptgeschwür.

f) Geschlecht. Zungenkrebs ist bei der Frau selten; B. sah nur 4 Fälle in seiner Praxis.

g) Anamnese.

h) Behandlungsresultate. Die specifische Behandlung dient als Prüfstein.

i) Histologische Untersuchung.

k) Cultur- und Impfversuche.

Am Schluss bespricht B. die Prognose und die Therapie. PAUL RAUGÉ.

61) **Duplay. Diagnose der Zungengeschwüre. (Diagnostic des ulcerations de la langue.)** *Bulletin méd. 27. November 1898.*

Klinische Vorlesung anknüpfend an einen Fall von ulcerirtem Epitheliom der Zunge. D. bespricht die Differential-Diagnose des einfachen oder dentalen, des syphilitischen, tuberculösen und krebsigen Zungengeschwürs. A. CARTAZ.

62) **G. Marion. Sarcom der Zunge. (Sarcome de la langue.)** *Revue de Chir. März-August 1897.*

Eine seltene Erkrankung, die erst seit den Mittheilungen von Jacobi und Hüter im Jahre 1869 bekannt ist.

Das Leiden kommt besonders im jugendlichen Alter und zwar bei beiden Geschlechtern gleichmässig vor. Die Geschwulst, die gestielt oder interstitiell ist, kann alle Stellen der Zunge afficiren. Ihre Consistenz ist wechselnd, bisweilen weich, so dass selbst Fluctuation vorgetäuscht werden kann. Die Schleimhaut ist gewöhnlich nach einer gewissen Zeit ulcerirt. Die Entwicklung der Erkrankung ist eine rapide und ihr Ausgang, wenn nicht chirurgisch eingegriffen wird, stets ein letaler.

Das Rundzellensarcom geht noch rapider vorwärts, als das fasciculäre.

Die Prognose nach der Operation ist im allgemeinen günstig.

PAUL RAUGÉ.

63) **Zarniko** (Hamburg). **Sarcom der Zunge.** *Deutsche med. Wochenschr. 1898. Vereinsbeil. No. 37.*

45jährige, sonst gesunde Frau, empfand September 1897 ein stechendes Gefühl beim Schlucken. Jodkali-Pinselungen von Seiten des Hausarztes ohne Erfolg. Februar 1898 fand Vortragender starke Wucherung der Zungentonsille ohne Ulceration, angulare Lymphdrüsen ein wenig infiltrirt. Abtragung der Wucherung mit dem Mackenzie'schen Tonsillotom. Statt glatter Heilung nach 4 Wochen Ulcus. Verdacht auf Neoplasma malignum. Mikroskopische Untersuchung jetzt abgetragener Stücke ergiebt die Diagnose: Lymphosarcom. Zur Zeit der Demonstration war der Process auf die rechte Tonsille und ihre Umgebung fortgeschritten, weshalb operative Maassnahmen als nutzlos ausser Betracht kamen.

Autoreferat.

64) **Habart. Epitheliom der Zunge.** Wissenschaftl. Verein der k. u. k. Militärärzte der Garnison Wien. 5. März 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 28. 1898.*

Mikroskopisches Präparat eines Epithel. linguae auf luetischer Basis bei einem Tabiker; der Tumor wurde durch Keilexcision unter Schleich'scher Anästhesie exstirpirt. — H. berichtet über einen Zwischenfall von Epitheliom der Zunge auf luetischer Basis bei einem Tabiker, in dessen Verlauf infolge Metastasen am Halse sich plötzlich ein Erstickungsanfall eingestellt hatte, der nach vollführter Tracheotomie sistirte.

CHIARI.

65) **H. Küttner. Ueber die Lymphgefässe und Lymphdrüsen der Zunge mit Beziehung auf die Verbreitung des Zungencarcinoms.** Aus der Tübinger chirurg. Klinik. — *Beitr. z. klin. Chir. XXI. 1898.*

Die Einzelheiten dieser sehr fleissigen Arbeit müssen Interessenten im Original nachlesen, hier seien nur die „chirurgisch wichtigen Tatsachen“ erwähnt.

Die Zunge ist ausserordentlich reich an Lymphbahnen; die Lymphe einer Zungenhälfte fliesst zu den beiderseitigen Drüsen ab. Die Lymphgefässe des Schleimhautüberzuges und die der tieferen Schichten haben dieselben Abflusswege. Die abführenden Lymphstämme sind sehr zahlreich und anastomosiren miteinander, sie durchsetzen zum grossen Theil die Muskulatur der Zunge oder liegen der Aussenfläche der Muskeln an. Es giebt median zwischen den Mm. geniogloss. verlaufende Lymphstämme, die von beiden Zungenhälften Zufluss erhalten.

Die Lymphdrüsen der Zunge sind die Gl. submax., die cervical. profund. auf der Jugularis, die kleinen Gl. lingual. und die oben erwähnten im Innern der Zungenmuskulatur gelegenen Drüsen.

Die Hauptlymphdrüse der Zunge liegt auf der V. jugular. in Höhe der Carotistheilung. Es giebt directe Lymphgefässverbindungen zwischen Zunge und den Supraclaviculardrüsen. Die Lymphgefässe der für die Verbreitung des Carcinoms in Betracht kommenden Nachbarorgane der Zunge münden in die gleichen Drüsen wie die Lymphgefässe der Zunge selber.

A. ROSENBERG.

66) **R. Serrano** (Madrid). **Partielle Exstirpation der Zunge. (Extirpacion parcial de la lengua.)** *Congreso Hispano-Portugués de Cirugia. Madrid 1898.*

Verf. beschreibt seine Technik der partiellen Exstirpation und empfiehlt die vorherige Unterbindung der Zungenarterien in jedem Falle von neoplastischer Exstirpation.

R. BOTEY.

67) **Mas** (Marcia). **Totalexstirpation der Zunge. (Exstirpacion total de la lengua.)** *Congreso Hispano-Portugués de Cirugia y especialida adyacent. Madrid 1898.*

M. zieht aus seiner Arbeit folgende Schlussfolgerungen: Die einzige Garantie gegen ein Recidiv des Zungenepithelioms giebt nur die Totalexstirpation der Zunge. Wenn auch ein Recidiv zu befürchten ist, so ist dennoch die Operation vorzunehmen, da die Lebensdauer der Operirten eine grössere ist als diejenige der Nichtoperirten. Betreffs der Art und Weise der Operation ist Verf. für die vor-

herige Unterbindung der Art. linguales und den Medianschnitt, ausgehend von der Mitte der Unterlippe und bis zum Zungenband reichend mit Freilegung des Bodens der Mundhöhle.

R. BOTEY.

68) **Viannay** (Lyon). **Totalexstirpation der Zunge mittelst der Pharyngotomia transhyoidea. (Ablation totale de la langue par la voie transhyoidienne.)** *Soc. des scienc. méd. de Lyon. Juli 1898.*

Vorstellung eines wegen Epitheliom der Zungenbasis von Vallas operirten Kranken. Es ist dies der 6. Fall, den Vallas nach seiner Methode operirt hat. Die Technik derselben ist gelegentlich der Referate der früheren Arbeiten V.'s von uns beschrieben worden. Der Kranke konnte am 3. Tage nach der Operation aufstehen.

PAUL RAUGÉ.

d. Diphtheritis und Croup.

69) **Wm. K. Jaques. Die Frühdiagnose der Diphtherie. (The early diagnosis of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 5. November 1898.*

Der letale Ausgang bei Diphtherie ist — von den Complicationen abgesehen — durch das Diphtherietoxin bedingt. Das Toxin ist ein Product der Bacillen; je stärker diese sich vermehren, um so grösser ist die Menge von Toxin, die gebildet wird. Die Schnelligkeit, mit der die Production vor sich geht, ist eine ausserordentliche. Wenn das Antitoxin nicht bei Zeiten Einhalt thut, ist der fatale Punkt der tödtlichen Dosis des gebildeten Giftes bald erreicht. Hierin liegt die Bedeutung der Frühdiagnose.

LEFFERTS.

70) **Peter Pradon** (Schweden). **Ueber Diphtheritis in dem Bezirk Broby 1894 bis April 1898. (Om difteri i Broby distrikt 1894—April 1898.)** *Eira. 15. December 1898.*

Enthält nichts Besonderes.

SCHMIEGELOW.

71) **J. Simonin** und **F. Benoit. Ueber larvirte Diphtherie im Laufe von Epidemien. (De la diphthérie larvée au cours des epidemies.)** *Revue de médec. 10. Januar 1898.*

Verf. macht auf die versteckten Formen von Diphtherie aufmerksam und zeigt, dass zuweilen geradezu Epidemien von larvirter Diphtherie vorkommen.

Praktisch ergeben sich daraus folgende Consequenzen: Zu Zeiten von Epidemien muss jede suspecte Angina zur Anzeige kommen. Die antiseptischen Maassnahmen (Mund- und Nasenspülungen etc.) haben bei den larvirten, wie bei den offenen Formen stattzufinden. In den klinisch nicht ganz klaren Fällen ruht der Hauptnachdruck auf der bakteriologischen Diagnose.

PAUL RAUGÉ.

72) **Beljowski. Fall von allgemeiner completer Lähmung nach Diphtheritis.** *Ejinedelnik. 1898.*

Der Autor theilt seine eigene Krankengeschichte mit. Er erkrankte an Diphtherie Anfang Februar und erholte sich erst zu Mitte August vollständig.

Die Lähmung begann am Gaumensegel, ergriff dann alle 4 Extremitäten, die Blase, den Mastdarm und auch das Gefühl.

Bezüglich der Aetiologie der Lähmung ist darin eine Complication zu erblicken, dass der Patient gegen Hämorrhoidalblutungen 10proc. Cocainpinselungen und -Compressen bekam.

P. HELLAT.

73) **Barbier** (Paris). **Die Behandlung der Diphtheriekranken. (Traitement des diphtheriques.)** *Société de Therapeutique. 28. Mai 1898.*

Verf. geht von dem Princip aus, dass die diphtheritische Infection nicht auf den Hals beschränkt ist, sondern sich über die gesammte Respirationsschleimhaut verbreitet und selbst in den Eingeweiden und den nervösen Centralorganen zum Ausbruch kommen kann. Man muss deshalb mit Sorgfalt auf die Symptome der Allgemeinintoxication achten: auf die Schwäche und Beschleunigung des Pulses, der die Temperaturerhöhung nicht parallel geht, auf Herzschwäche, Blässe, Erbrechen. Diese Allgemeinsymptome haben die Behandlung weit mehr, als der Zustand des Halses zu leiten, ganz besonders bei der Entscheidung über die Dosis des zu injicirenden Serums.

Das Serum hat keine andere Wirkung als die, dass es das Diphtheriegift zerstört. Man muss mit dem Serum deshalb Mittel verbinden, welche geeignet sind, gegen die renalen und nervösen Symptome, die das Toxin bereits verschuldet hat, anzukämpfen. —

Ferner ist der Möglichkeit der Mischinfection Rechnung zu tragen. Dazu dient:

1) Die Injection einer grösseren Serummenge, weil der Löffler'sche Bacill durch die Association mit anderen Mikroben virulenter geworden ist.

2) Die Behandlung der Nebeninfection durch geeignete antiseptische Spülungen von Nase und Hals, Pinselung mit Sulforicinphenol u. dergl.

Die Allgemeinerscheinungen indiciren in gewissen Fällen die Anwendung von Coffein, Digitalis, Strychnin, kalten oder Senfbädern, kalten Abreibungen etc.

Endlich ist es nöthig, besonders in Hospitälern, die Kranken vor septischen Infectionen zu schützen. Strengste Isolirung ist das einzige Mittel, das diesen Zweck erreicht.

PAUL RAUGÉ.

74) **Thomas Wyld Pairman** (Christchurch N. Z.). **Zur Behandlung der Diphtherie. (Notes on the treatment of diphtheria.)** *Australian Medical Gazette. 20. December 1898.*

P. betont die Bedeutung der Ruhe und räth von allen Methoden der Lokalbehandlung ab, welche reizen und das Kind aufregen. Die Lokalbehandlung ist übrigens durch die Einführung des Serums, das Verf. für werthvoll hält, nicht überflüssig geworden. Nützlich ist eine Steigerung der Diurese.

A. J. BRADY.

75) **J. Braun** (Wien). **Zur Serumbehandlung der Diphtherie.** *Wiener medicin. Presse. No. 36. 1898.*

B. spricht sich lobend über die Erfolge seiner Serumbehandlung aus.

CHIARI.

76) **Klegesal. Diphtherie und Serum. (Difterit i siworotka.)** *Ejenedelnik. 20. 1898.*

Eine einfache Zusammenstellung einiger Literaturangaben und Statistiken.

P. HELLAT.

77) **Bronstein. Anwendung des Serums. (Slutschai primenenija staroi siwo-rotki.)** *Ejenedelnik. 18. 1898.*

Ohne Bedeutung.

P. HELLAT.

78) **Naumann** (Schweden). **Diphtherieserum in der Landpraxis. (Difteriserum i landpraxis.)** *Eira. 15. November 1898.*

N. hat 97 Fälle von Diphtherie mit Serum behandelt; von diesen sind 12 = 12,37 pCt. gestorben; 4 von diesen starben während der ersten Stunden nach der Injection. Werden diese 4 Fälle nicht mitgerechnet, so fällt die Sterblichkeitsziffer bis 8,25 pCt.

SCHMIEGELOW.

79) **M. A. Vreeder. Diphtherie-Präventivmittel oder Diphtherie-Gegengift? (Diphtheria praeventive or diphtheria antitoxin?)** *N. Y. Medical Record. 8. November 1898.*

Das Serum hemmt die giftbildende Thätigkeit der Bacillen, ist aber dem bereits gebildeten Gift gegenüber ganz wirkungslos. Es ist also kein Gegengift. Wie die Impfung gegen die Pocken ist es ein Präventivmittel, nur dass bei der Diphtherie gewöhnlich die Infection schon da ist, wenn die Impfung vorgenommen wird. Der Ausdruck Antitoxin sollte deshalb aufgegeben werden; wenn der Arzt von einem Präventivmittel spricht, wird er die Fälle leichter und früher zugeführt bekommen.

LEFFERTS.

80) **Poulet. Momentane Intubation der Glottis bei Croup. (Tubage momentané de la glotte dans le croup.)** *Société de Thérapeut. 9. Februar 1898.*

Zur Ausführung dieser vorübergehenden Intubation bedient sich P. einfach eines Katheters (No. 18 od. 20). Er hat 7 mal unter 10 Fällen damit Erfolg gehabt.

PAUL RAUGÉ.

81) **Sevestre** und **Bonnes** (Paris). **Betrachtungen über den operativen Eingriff bei Croup. (Quelques considerations sur l'intervention opératoire dans le croup.)** *Archives de Medecine. Februar 1898.*

Wenn die beiden rivalisirenden Eingriffe, Tracheotomie und Intubation, im Allgemeinen einander auch ausschliessen, so können sie in gewissen Fällen sich doch gegenseitig zu Hülfe kommen.

a) Die Intubation kann nach der Tracheotomie Dienste leisten bei Kindern, welche die Canüle nicht entbehren können, trotzdem sie längst überflüssig geworden ist; die Verff. bezeichnen solche Patienten als „Canulards“.

b) Die Tracheotomie andererseits kann auf die Intubation folgen:

1. Wenn die letztere unmöglich gemacht ist durch Kehlkopfkrampf, wiederholtes Ausstossen der Tube oder Verstopfung derselben durch Pseudomembranen.

2. Wenn die Extubation unmöglich ist wegen auftretender Erstickungsanfälle; die Verff. nennen diese Kinder „Tubards".

3. In Fällen von Masern, in denen die Kehlkopfschleimhaut reizbarer ist und leichter geneigt zum Ulceriren.

4. In Fällen von späten Spasmen, die plötzlich einige Zeit nach der Extubation eintreten. PAUL RAUGÉ.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

82) **Ludwig Grünwald, Handatlas der Kehlkopfkrankheiten. In französischer Sprache herausgegeben von A. Castex und P. Collmet. (Atlas-manuel des maladies du larynx, édit. française par A. Castex et P. Collmet.)** In 16°. 244 p. Paris.

Der G.'sche Atlas ist bekannt. Er giebt auf 44 wohlgelungenen Tafeln mit 107 farbigen Bildern und 48 Figuren im Text einen Ueberblick über die gesammten Kehlkopfkrankheiten. Jeder Tafel ist ein Resumé über den betreffenden Fall beigegeben, das alle klinisch wesentlichen Punkte enthält.

Dem pathologischen Theil geht ein kurzer Abriss der Anatomie und Physiologie voraus, sowie eine Zusammenstellung der Untersuchungsmethoden von der klassischen Spiegeluntersuchung bis auf das Stroboscop und die Radiographie.

Die französischen Herausgeber haben den Grünwald'schen Text wörtlich übersetzt; eigene abweichende Ansichten haben sie an manchen Stellen durch Fussnoten zum Ausdruck gebracht.

Das Werk ist der Uebersetzung werth und die Arbeit der französischen Herausgeber verdient Dank. A. CARTAZ.

83) **Raphael Forns. Verdoppelung der Stimmbänder. (Duplicated vocal cords.)** *N. Y. Medical Journal. 3. December 1898.*

Bei dem Patienten, der an subacutem Catarrh litt, sah F. bei der laryngoskopischen Untersuchung eine Pseudoglottis gebildet von einem Paar blassrothen Bändern in der Regio subglottica, die gabelartig in der vorderen Commissur sich vereinigten und wie wirkliche Stimmbänder aussahen. F. ist sich nicht klar darüber, ob der Zustand congenital oder erworben war. LEFFERTS.

84) **J. Preindlsberger** (Serajevo). **Tiefe Schnittwunde des Halses und Eröffnung des Kehlkopfes und des Schlundes. — Primäre Wundheilung nach Naht ohne Tracheotomie.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 36. 1898.*

Selbstmordversuch in der Weise, dass die 24jährige Patientin mit je einem Messer in beiden Händen sich die Weichtheile in der Höhe des Zungenbeins und Kehlkopfes, die Musculi sterno-cleido-mastoid. bis auf den hinteren Rand, das Ligam. thyreohyoideum und thyreoepiglotticum, sowie beide Ligg. arythyreohyoidea durchschnitt. Die tieferen Halsgefässe blieben unverletzt. Exacte Naht.

Larynxbefund nach 1 Monat: die Epiglottis schräg von links hinten nach

vorn über den Aditus laryngis gelagert, die linke Larynxseite bewegt sich etwas weniger prompt, Stimme leicht umflort.

Der Fall beweist die Berechtigung der Unterlassung der Tracheotomie bei tiefen Halswunden mit Eröffnung der Luftwege, allerdings nur bei dauernder Ueberwachung der Verletzten, da Glottisödem die Tracheotomie auf lange Zeit nach der Verletzung noch nöthig machen kann.

CHIARI.

85) **Isambert** (Dunkerque). **Kehlkopfwunde. (Plaie du larynx.)** *Société de Chirurgie. 5. October 1898.*

Tiefe Wunde in der Regio epiglottica mit Eröffnung der Venae jugulares externae. Der Larynx ist angeschnitten und nach vorn luxirt. Die Kehlkopfwunde wird vernäht, die Jugularvenen werden unterbunden. Der Pat. kommt zur Heilung.

PAUL RAUGÉ.

86) **J. Borzymowski. Ueber Kehlkopfbrüche. (Zlamania krtani.)** *Medycyna. No. 12, 13. 1899.*

Verf. beschreibt folgenden, von ihm selbst beobachteten casuistischen Fall. Ein 40jähriger Kutscher wurde von einem Pferde am vorderen Theil des Halses und des Unterkiefers getroffen; im Augenblick des Schlages stand er an einer Wand, gegen welche er mit dem Hufe gedrückt wurde. Der Pat. sank bewusstlos zu Boden, erhob sich aber bald und ging mit grosser Mühe nach Haus, trotzdem er schon unterwegs grosse Athemnoth verspürte. Einige Stunden nach dem Unfall wurde der Pat. vom Verf. untersucht, wobei folgender Status vorgefunden wurde: Gesicht stark geröthet, Lippen cyanotisch, pfeifender Athem, jede Einathmung endete mit einem singultusähnlichen Geräusch. Die Stimme war klanglos, die Sprache durch Hustenanfälle erschwert, wobei reichlich blutiges Sputum ausgehustet wurde. Der Hals zeigte sich in der Gegend des Kehlkopfes stark ödematös und erwies sich beim Palpiren als sehr schmerzhaft. Ausserdem bestand auf der Haut der Schultern und des Rückens ein deutlich ausgesprochenes Hautödem. Das Os hyoideum war unverletzt, dagegen war die Gegend der Thyreoid- und Cricoidknorpel sehr schmerzhaft und man fühlte beim Betasten die Knorpel unregelmässig wie zertrümmert. Es bestand starke Dysphagie.

40 Stunden nach dem Unfalle wurde der Kranke tracheotomirt, wobei es sich zeigte, dass der Thyreoidknorpel gebrochen war, und die Richtung des Bruches von hinten und oben nach unten und vorn in der Länge von $1^1/_2$ cm ging. Die Schleimhaut der ganzen Gegend war zerrissen.

Einige Tage wurde der Kranke mittelst der Magensonde ernährt. Am 2. Tage nach der Operation stiess der Kranke durch die Tracheotomieröhre ein Knorpelstückchen aus und hustete an den folgenden Tagen einige weitere kleinere Stückchen aus. Im Laufe der folgenden 3 Monate wurde dem Kranken mittelst der Schrötter'schen Dilatatoren der Kehlkopf erweitert; nach dieser Zeit konnte die Tracheotomiecanüle fortgelassen werden.

Der Kranke kehrte zu seiner gewöhnlichen Beschäftigung zurück, athmete frei, die Stimme blieb aber klanglos. Es ist zu bedauern, dass der laryngoskopische Befund vom Verf. ziemlich ungenau angegeben worden ist.

A. v. SOKOLOWSKI.

87) **E. F. Ingals. Fremdkörper im Larynx und eine Modification der Kirstein-schen Autoskopie. (Foreign body in the larynx and a modification of Kirstein's autoscopy.)** *N. Y. Med. Journal. 17. September 1898.*

3jähriger Knabe, aphonisch und leicht dyspnoisch. Seit 4 Wochen befindet sich der Fremdkörper im Larynx. Die Diagnose wird mit dem Finger gestellt. Da Zangenextractionsversuche misslingen, wird die Laryngo-Tracheotomie gemacht, der Fremdkörper mit der Zange von der Wunde aus in den Mund gestossen und entfernt.

Verf. benutzt neuerdings das Kirstein'sche Verfahren. An dem Spatel, den Kirstein angegeben, hat er aber noch eine Vorrichtung nahe dem Winkel angebracht, welche den Pat. hindert, den Mund zu schliessen. LEFFERTS.

88) **Collet. Fremdkörper im Kehlkopf. (Corps étranger du larynx.)** *Société de Médecine de Lyon. 7. November 1898.*

Der Fall ist interessant wegen der Natur und der Lage des Fremdkörpers. Es handelt sich um eine Nadel, die C. aus dem Kehlkopf zog. Dieselbe war mit der Spitze tief in ein Stimmband eingedrungen. PAUL RAUGÉ.

89) **Hue** (Rouen). **Fremdkörper der Luftwege. (Corps étranger des voies aeriennes.)** *Société de Chirurgie. 16. November 1898.*

Der Fremdkörper sass im linken Bronchus. H. machte die Tracheotomie und entfernte ihn mittelst der Zange. Der Fall kam zur Heilung. PAUL RAUGÉ.

90) **A. Raoult. Fremdkörper im Larynx. (Corps étranger du larynx.)** *Revue méd. de l'Est. 15. December 1898.*

Frau von 20 Jahren hatte 8 Tage vorher eine Nadel verschluckt, die sie beim Sprechen zwischen den Lippen hielt. Sie spürte gleich einen Stich im Halse, aber erst jetzt, nach 8 Tagen, wurde der Schmerz lebhaft.

Die Nadel, die von Stahl war und einen Kopf von Glas hatte, war durch die supraglottischen Partien in die Regio interarytaenoidea gedrungen und lag mit der Spitze in der hinteren Rachenwand fixirt. Die Extraction gelang ohne Schwierigkeiten mit der Zange. Der weitere Verlauf war ohne Complicationen.

A. CARTAZ.

91) **Bogaewski. Zur Casuistik der operativen Entfernung von Fremdkörpern aus den Athmungswegen. (K kasuistike operatiwnawo udalenija inorodnich tel w diehatelnich putjach.)** *Letopis r. Ch. 6. 1898.*

Durch Tracheotomie wurden in 3 Fällen Kürbissamen aus der Trachea und durch Laryngotomie in einem Falle ein Haken aus dem Larynx mit Erfolg entfernt. Ein Fall endete trotz Tracheotomie wegen Einkeilung des Samenkorns im rechten Bronchus letal. P. HELLAT.

92) **Sagasta** (Valladolid). **Modification der Laryngofissur. (Modificacion introducida en la laringo-fisura.)** *Congreso Hispano-Portugués de Cirugia. Madrid 1898.*

Der Fall betrifft eine kleine Patientin, welche bei tiefer Inspiration ein Eichen-

baumblatt verschluckt hatte; wegen häufiger asphyktischer Anfälle musste operativ eingegriffen werden. Die Hautwunde reichte vom oberen Rande des Schildknorpels bis zum Manubrium sterni. Incision der 3 ersten Trachealknorpel; Einführung einer mit Gaze umhüllten Canüle und Eröffnung des Kehlkopfs in der Richtung von unten nach oben; Entfernung des Fremdkörpers, der sich in dem Morgagni'schen Ventrikel festgeklemmt hatte und das betreffende Stimmband bedeckte.

R. BOTEY.

93) **J. v. Bókay** (Budapest). **a) Ein operirter und geheilter Fall von narbiger Kehlkopfverwachsung. b) Fremdkörper in dem Kehlkopfe; complicirter Verlauf, Heilung.** *Orvosi Hetilap. No. 40, 41. 1897.*

v. B. hat bereits im Jahre 1897 im internationalen Congresse zu Moskau darauf hingewiesen, dass das O'Dwyer'sche Verfahren nicht blos bei acuten Kehlkopfstenosen (Diphtherie des Larynx), sondern auch in der operativen Behandlung der chronischen Stenosen besonders günstige Erfolge liefert. Insbesondere hebt v. B. die Intubation bei Decanulement-Schwierigkeiten hervor. Hierfür sprechen folgende Fälle:

Ein 8jähriger Knabe aspirirte am 10. Octb. v. J. ein Stückchen eines Hühnerknochens. Die Stenose war eine hochgradige. Bei der Palpation durch die Mundhöhle konnte Vortragender einen in der Stimmritze eingekeilten Fremdkörper fühlen, den er mit einer gebogenen Zange erfassen und aus dem Kehlkopfe entfernen konnte. Die Extraction des Knochenstückes linderte jedoch die Erstickungserscheinungen blos in geringem Maasse, sodass noch an demselben Nachmittage die Tracheotomie ausgeführt werden musste. Nach dem Luftröhrenschnitte wurde die Respiration vollkommen frei, als jedoch nach einigen Tagen die Entfernung der Canule versucht wurde, stellte sich heraus, dass Laryngitis subglottica das Decanulement unmöglich machte. Als die endgültige Entfernung der Canule selbst am 81. Tage nicht gelang, entschloss sich v. B. zur methodischen Intubation. Am 9. Januar begann Verf. mit der ersten Intubation und kam bereits am 23. Januar so weit, dass der Kranke mit verschlossener Trachealfistel zwei Stunden lang ohne Tubus ruhig zu athmen vermochte; am 25. Januar konnte Pat. schon zwölf Stunden lang ohne Tubus verbleiben, und am 27. gelang es, den Tubus endgültig zu entfernen.

Der Knabe trug den Tubus insgesammt 18 Tage; die Zeit, die der Tubus im Kehlkopfe lag, betrug beiläufig 408 Stunden. Der Knabe wird vollkommen geheilt vorgeführt.

Den zweiten Fall entnahm Vortragender ebenfalls aus seiner Intubationspraxis. Der $2^1/_2$jährige Knabe wurde anfangs 1898 in das Spital gebracht. Der Kranke wurde wegen Croup nach Masern beiläufig vor einem Jahre in einem hauptstädtischen Spitale intubirt (Intubationsdauer 200 Stunden), später wegen aufgetretener Decubitalgeschwüre ebendort der Tracheotomie unterzogen. Nach dem Luftröhrenschnitte entwickelte sich bei dem Kinde eine vollkommene narbige Zusammenwachsung des Kehlkopfes in der Höhe des Cricoidalringes. Mit diesem Befunde wurde der Knabe (mit Canule) in das Institut des Vortragenden aufgenommen. Am 16. Febr. 1898 vollzog v. B. zum Zwecke der Lösung der narbigen

Verwachsung eine partielle Laryngofissur, und nachdem er das narbige Diaphragma durchschnitten hatte, führte er durch den Mund einen Tubus in den Kehlkopf resp. Luftröhre ein mit dem Vorhaben, dass der Druck des Tubus die narbige Strictur beheben solle. Die methodische Intubation hatte bereits Ende März den Erfolg aufzuweisen, dass der Knabe nach Verschluss der Trachealwunde 7—8 Stunden hindurch ohne Tubus athmen konnte. Am 11. Mai wurde die Extubation schon 32 Stunden hindurch vertragen, am 5. August konnte die definitive Extubation vollführt werden. Das Kind ist derzeit vollkommen gesund, die Respiration ist frei, die Stimme ist wiedergekehrt. Da seit der endgültigen Extubation Monate verflossen sind, zweifelt Vortragender nicht, dass die Strictur nicht mehr zurückkehren wird. Der Kranke trug die Canule vor der methodischen Intubation 281 Tage lang, die methodische Intubation beanspruchte 160 Tage, die Gesammtdauer des Liegens des Tubus betrug beinahe 4000 Stunden.

v. NAVRATIL.

94) **J. v. Bókay** (Budapest). **Die Anwendung der Intubation in der Kinderpraxis ausser bei Diphtherieerkrankungen.** *Orvosi Hetilap. No. 40, 41. 1897.*

v. B. hält, gestützt auf seine Beobachtungen, das O'Dwyer'sche Verfahren bei folgenden Erkrankungen des Kehlkopfs und der Trachea für indicirt:

A. Luetische Stenosen, nicht luetische narbige Stenosen und Laryngitis subglottica chron. hypertrophica.

1. Fall von narbiger Kehlkopfstrictur.

M. K., $2^1/_2$ Jahre altes Mädchen, erkrankte am 30. Novbr. 1894 an Rachen- und Kehlkopfdiphtherie, die mit Serumtherapie und Intubation behandelt wurde. Die endgültige Entfernung des Tubus gelang selbst Ende December nicht, weshalb die Tracheotomie am 29. December gemacht wurde.

Pat. athmet mit Canüle sehr gut, beim Wechseln der Canüle momentane Cyanose. Am 17. Februar erfolgloser Versuch zur Intubation. Die in die Trachealwunde eingeführte Sonde lässt $1^1/_2$ cm oberhalb der Trachealöffnung ein narbiges Diaphragma fühlen, das das Innere des Larynx vollkommen verschliesst. Am 31. Oct. Larynxfissur, wobei das sich in der Höhe der Cart. cricoid. befindende Diaphragma durchtrennt wurde. Nach Beendigung der Operation wurde in den Larynx ein kurzer Colin'scher Tubus No. I hineingeschoben, der bis zum 22. Febr. constant liegen blieb. Dieser Tubus wurde am 22. Nov. durch einen O'Dwyer'schen Tubus No. II ersetzt und die Canüle entfernt.

Am 25. Nov. wurde Tubus No. III angewendet und vom 1. Dec. an wird Pat. nur noch die Nacht intubirt, während des Tages athmet sie ohne Tubus. Die methodischen Intubationen werden fortgesetzt und Pat. konnte am 4. August endgültig extubirt werden und am 23. September mit vollkommen freier Athmung, tiefer, aber reiner Stimme geheilt entlassen werden.

2. Fall von narbiger Kehlkopfstrictur.

K. P., 2 Jahre alt, wurde am 22. Nov. 1892 mit Kehlkopf-Diphtherie in das Spital aufgenommen. Während der Intubationsbehandlung entwickelte sich Decubitus, infolgedessen am 12. Dec. Tracheotomie.

Am 6. März erfolgloser Versuch zu intubiren infolge eines im Larynx befind-

lichen narbigen Diaphragma. Nach mehreren energischen Versuchen wurde am 15. April ein O'Dwyer'scher Tubus No. I eingeführt.

Am 19. April konnte Tubus No. II angewendet werden. Mitte Mai wurde der der Larynx soweit gedehnt, dass die Canüle endgültig entfernt werden konnte. Am 18. Juni 1893 vollkommene Heilung.

3. Ein Fall von luetischer Trachealstenose.

K. P., 14 Jahre altes Mädchen, wird am 23. Sept. 1892 mit Dyspnoe in das Spital aufgenommen. Stimme heiser, Athem geräuschvoll, von scrobiculären Einziehungen begleitet.

Auf der rechten Seite der Stirne eine von einem Knochenwall umgebene Anschwellung, welche in ihrer Mitte eine ca. $^1/_2$ cm tiefe Einziehung zeigt. Auf beiden Unterschenkeln mehrere auf ihrer knöchernen Basis fest aufsitzende Narben mit unregelmässiger Form.

Rachen und Kehlkopf normal. In der Höhe des II. und III. Trachealringes circuläres Narbengewebe, das den Eingang der Trachea ausfüllt und in der Mitte einen nur ca. 6 mm langen und 3 mm breiten halbmondförmigen Spalt offen lässt.

Am 25. September gelang es, einen Tubus No. I einzuführen. Neuerlich Jodkali. Am 27. und 29. Sept. Intubation mit Tubus No. IV. von je 3stündiger Dauer. Am 1. Oct. konnte man schon im Narbengewebe einen elliptischen Spalt wahrnehmen, dessen Spitzen die vordere und hintere Trachealwand erreichen. Pat. verlässt am 16. Oct. das Spital mit vollständig unbehinderter Athmung.

4. Ein Fall von luetischer Trachealstenose.

B. G., wird am 8. Sept. 1896 mit Dyspnoe in das Hospital aufgenommen. In der Occipitalgegend und im Sulcus bicipitalis bohnengrosse Drüsen, im Rachen vollständiger Defect der Uvula. Kehlkopf normal. In der Höhe des III. und IV. Trachealringes keilförmiges Narbengewebe der Luftröhre, hintere Wand halbmondförmig frei.

Vom 10. Sept. jeden dritten Tag Intubation; Schmiercur. Am 11. Oct. vollkommen ruhige Athmung. Kehlkopfspiegel zeigt nichts Abnormes.

5. Fall von Laryngitis subglott. chron. hypertrophic.

B. G., 12 Jahre alter Knabe, wird am 22. Nov. 1891 mit Heiserkeit und Athembeschwerden aufgenommen. Unmittelbar unter den Stimmbändern zwei halbkugelförmige Vorwölbungen, eine ähnliche Vorwölbung befindet sich unter der Interarytenoidalfalte, Larynxlumen bis auf eine ca. 4—6 mm breite Spalte verengt. Am 14. Dec. Intubation, Tubus bleibt bis 17. Dec. im Larynx liegen. Von nun an Intubation jeden dritten, vierten Tag, später wöchentlich einmal auf mehrere Stunden. Am 15. Sept. 1892 mit vollkommen freier Athmung entlassen. Die Wulste sind nur noch in Spuren angedeutet.

B. Die Anwendung der Intubation bei erschwertem Decanulement.

1. K. A., 9 Jahre alt, wird am 27. Aug. 1896 behufs Decanulement aufgenommen. Pat. wurde vor 6 Jahren wegen Kehlkopfdiphtherie tracheotomirt, seit dieser Zeit konnte die Canule nicht entfernt werden. Am 5. Sept. Intubation, die ohne Schwierigkeiten gelang, nach 24 Stunden Extubation und Reposition der Canule. Am 15. Sept. wurde nach vorheriger Intubation die Trachealfistel geschlossen. Pat. wird auf immer längere Dauer extubirt und kann das Spital am

6. April vollkommen geheilt, ohne Canule verlassen. Der Tubus lag insgesammt 1448 Stunden im Larynx.

2. B. D., 1 Jahr alt, wurde wegen Larynxdiphtherie intubirt. Während der Intubation entwickelte sich Decubitus, infolge dessen den 17. April Tracheotomie. Pat. athmet durch die Canule leicht, beim Verschliessen der Canule ist das Athmen durch den Mund behindert. Am 18. Mai wird das Decanulement mit Hilfe der vorherigen Intubation vorgenommen, am 20. Extubation, was vom Patienten $^3/_4$ Stunden vertragen wird. Pat. wird auf immer längere Dauer extubirt und konnte am 25. endgültig extubirt werden.

C. Anwendung der Intubation bei in die oberen Luftwege gerathenen Fremdkörpern.

B. G., 7 Monate altes Kind, wurde am 9. Dec. 1896 in das Spital gebracht. Athmen erschwert, Stimme heiser. Die Ursache der acuten Stenose war die ersten zwei Tage nicht eruirbar. Als aber der Larynx mit dem Finger betastet wurde, konnte man in der Glottisspalte einen ca. 1—$1^1/_2$ cm langen, sich von vorne nach rückwärts ziehenden, länglichen Fremdkörper fühlen, der bei tiefer Inspiration verschwindet, bei Exspiration hingegen wieder fühlbar wird. Die Mutter giebt jetzt an, dass das Kind am 8. ein weiches Ei bekam und während des Essens unwohl wurde. Am 13. Intubation, nach dieser wurde das Athmen vollkommen frei. Nach etlichen Minuten wurde der Tubus herausgenommen, Pat. athmet ungehindert. Am 14. konnte man in dem Stuhle des Pat. isolirte Stückchen von Eischalen sehen, die nach der Extubation theils durch den Husten expectorirt, theils verschluckt worden sind. Pat. athmet gut und es zeigten sich auch später keine Athembeschwerden.

v. B. hält den Intubationsversuch in allen denjenigen Fällen für indicirt, bei welchen der in den Larynx gerathene Fremdkörper beweglich ist; in jenen Fällen hingegen, wo der Larynx durch den Fremdkörper nahezu vollständig verschlossen und der Fremdkörper fixirt ist, für contraindicirt.

D. Die Intubation als die Tracheotomie unterstützendes Verfahren.

v. B. wendete die Intubation zur Erleichterung der Tracheotomie seit 1891 in 70 zur Tracheotomie gelangten Fällen an und konnte sich dabei überzeugen, dass die Intubation in diesen Fällen von der grössten practischen Bedeutung ist, da man dadurch die Passage der Luft während der Operation und somit das ruhige Operiren ermöglicht.

v. NAVRATIL.

95) **F. Kermauner** (Graz). **Ueber Blutungen nach Tracheotomie und Oesophagotomie.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 43. 1898.*

Nach einer kurzen Einleitung, worin die statistischen Arbeiten der letzten Jahre mit Rücksicht auf Nachblutungen nach Tracheotomien citirt werden, kommt K. auf die eventuellen Symptome zu sprechen, die eine solche Nachblutung ankünden. Ueber die Quelle der Blutungen citirt K. Maas, welcher zwei Arten von Blutungen unterscheidet, solche, die durch Eröffnung eines grösseren Gefässstammes am Halse entstehen und „Lungenblutungen“. Verf. bestreitet die Stichhaltigkeit dieser Eintheilung und giebt jener von Foltanek den Vorzug, welcher

extra- und intratracheale Blutungen unterscheidet, wobei die ersteren, die weitaus seltener und ungefährlicher sind, als letztere, bedingt sind:

1. durch Arrosion der Gefässwand durch Eiter;
2. durch Uebergreifen von Neubildungen auf die Gefässwand und Zerfall derselben;
3. durch Decubitusgeschwüre, meist verursacht durch die Canüle.

Die zweite Gruppe in der Eintheilung Foltanek's, die intratrachealen Blutungen sind meist:

1. Blutungen, welche durch das Fortschreiten der primären Erkrankung bedingt sind;
2. Blutungen, welche durch die Tracheotomie als solche hervorgerufen werden:
   a) im Anschluss an die Operation aus den Gefässen der gesetzten Wunde;
   b) durch das längere Liegenbleiben der Canäle.

CHIARI.

96) **F. Hanszel** (Wien). **Circumscriptes Gumma der Trachea.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 42. 1898.*

H. betont die Seltenheit der alleinigen Localisation der Lues in der Trachea und ganz besonders im oberen Trachealabschnitte, woselbst das beschriebene Syphilom sass.

Bemerkenswerth war in diesem Ealle auch der sofortige Erfolg der Jodkalimedication.

CHIARI.

97) **Redact. Notiz. Vollständige Ruptur der Trachea. (Complete rupture of the trachea.)** *N. Y. Medical Journal. 21. October 1898.*

Ein 73 jähriger Mann wurde von einem Fahrstuhl schwer am Hinterkopf getroffen, so dass er nach hinten zusammenbrach. Das Sternum war gebrochen, der Patient überlebte den Unfall aber noch 14 Tage. Die Zerreissung des Trachea wurde erst bei der Section entdeckt. Mehrere Fälle sind mitgetheilt, bei denen schwere Dyspnoe und starkes subcutanes Emphysem die Hauptsymtome bildeten und meist rasch zum Tode führten. Indess sind 3 Fälle von Heilung berichtet, zwei von Lany u. Wagner ohne Tracheotomie und einer von Lauenstein mit Tracheotomie.

LEFFERTS.

98) **P. v. Bruns** (Tübingen). **Resection der Trachea bei primärem Trachealkrebs.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. XXI. 1898.*

Es handelte sich um eine primäre Struma maligna intratrachealis, wegen deren die Resection der hinteren und linksseitigen Wand der Luftröhre in der Länge von zehn Trachealringen vorgenommen wurde. Der Kranke wnrde sechs Jahre am Leben erhalten, unterlag dann den wiederauftretenden Stenosenerscheinungen. Schon zehn Jahre vor der Operation litt der 31jährige Patient an allmählich zunehmenden Athembeschwerden. Aeusserlich war kein Kropf nachweisbar. Es handelt sich wahrscheinlich um eine krebsige Umwandlung einer intratrachealen Struma.

Diese Geschwülste haben eine rundliche oder walzenförmige Gestalt, eine glatte, selten höckrige Oberfläche und sitzen immer breitbasig auf; ihre Ausdehnung erstreckt sich 2—5 cm in der Längsrichtung.

Da $^2/_3$ der Fälle ihren Sitz im oberen und mittleren Abschnitt der Trachea haben, kann wohl auch der Trachealkrebs durch rechtzeitige Exstirpation beseitigt werden.

A. ROSENBERG.

f. Schilddrüse.

99) **Freund. Die Beziehung der Schilddrüse zum weiblichen Genitalapparat. (Relationship between the thyroid gland and female genitals.)** *N. Y. Medical Journal. 19. November 1898.*

Verf. hat seit langem die Beziehung der Schilddrüse zur Schwangerschaft, Geburt und zum Wochenbett studirt; er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Schwellung der Thyreoidea durch blosse Congestion ist stets bei der Schwangerschaft und auch während der Menstruation vorhanden.

2. Kommt irgendwie eine energischere oder eine dauernde Reizung der Uterusmuskulatur zu Stande, so bildet sich auch eine bleibende Schilddrüsenschwellung aus. Unter diesen Umständen befindet sich auch stets Colostrum in den Brüsten.

3. Ovarialtumoren, Tubengeschwülste und ähnliche Affectionen gehen nie mit Schilddrüsenschwellung einher, ausser wenn — wie das in seltenen Fällen vorkommt — das Leiden sich verbreitet und die uterine Muskulatur reizt.

LEFFERTS.

100) **Tailhefer. Primäre chronische „cancroforme" Entzündung der Schilddrüse. (Inflammation chronique primitive „cancériforme" de la glande thyroide.)** *Revue de chirurgie. 10. März 1898.*

Verf. beschreibt unter obigem Titel eine Sclerose, wahrscheinlich infectiösen Ursprungs, welche die Schilddrüse in einen sehr harten, wenig umfangreichen Tumor umwandelt, der an den Nachbarorganen, speciell an der Trachea Druckerscheinungen hervorruft und oft die Tracheotomie nöthig macht.

Erwähnt werden muss, dass dieser chirurgische Eingriff, der gewöhnlich rein palliativ ist, in diesem Falle ein Zurückgehen des Tumors selbst herbeizuführen scheint.

Es handelt sich — dahin fasst T. sein Urtheil zusammen — um eine besondere Form von Sclerose von geringer Tendenz zur Malignität und von unbekanntem Ursprunge.

PAUL RAUGÉ.

101) **H. Roger** und **M. Garnier** (Paris). **Die Sclerose der Schilddrüse bei Tuberculösen. (La sclérose du corps thyroide chez les tuberculeux.)** *Société de Biologie. 30. Juli 1898.*

Die Verff. sahen häufig bei Tuberculösen eine Sclerose der Schilddrüse, die nur durch das Mikroskop zu erkennen ist. Das Bindegewebe bildet mehr oder

weniger dicke Stränge, die das glanduläre Gewebe durchsetzen. An den Gefässen sind periarteriitische und endarteriitische Veränderungen zu erkennen. Was das eigentliche Drüsengewebe angeht, so ist dasselbe wenig verändert, zeigt aber doch eine gewisse Anhäufung von Zellen in den Lobulis, die für eine functionelle Hyperactivität spricht. Nirgends sind tuberculöse Producte, Riesenzellen oder Bacillen zu sehen.

Um zu zeigen, dass es sich hierbei nicht um gewöhnliche Vorgänge handelt, haben die Verf. 18 Schilddrüsen von Personen, die an verschiedenen anderen Krankheiten gestorben waren, untersucht; niemals fanden sie ein ähnliches Bild. Diese Sclerose steht also zur Tuberculose in Beziehung; sie ist der tuberculösen Cirrhose der Leber ähnlich und wird von den Verff. auf die Wirkung im Organismus circulirender Toxine zurückgeführt.

PAUL RAUGÉ.

102) **Mosse. Kropf bei einem neugeborenen Kinde geheilt durch Thyroidbehandlung der Mutter. (Goitre in a newborn infant cured by thyreoid treatment of the mother.)** *N. Y. Medical Journal. 12. November 1898.*

Das schwache und kachectische Neugeborene zeigte einen ausgesprochenen zweilappigen Kropf. Die Mutter, die ebenfalls einen Kropf hatte, war körperlich in sehr gutem Gesundheitszustand, geistig aber schwach. Die Mutter erhielt täglich $1^1/_2$ gr Schilddrüsensubstanz. Nach $1^1/_2$ Monaten war ihr Kropf fast ganz verschwunden und das Kind war vollständig geheilt. Im weiteren Lauf der Behandlung besserte sich auch der Allgemeinzustand des Kindes erheblich.

LEFFERTS.

103) **Weiller** (Saint Dié). **Die Schilddrüsentherapie bei Basedow'scher Krankheit.** *Wiener med. Blätter. No. 41. 1898.*

Hochgradiger Fall von Basedow, der allen Mitteln trotzte bis auf Jodothyrin-Medication, die vollständige Heilung brachte. Anfangs 1 Tablett (0,30) pro die steigend bis 4 Tabletten, sodann wieder absteigend bis zur Anfangsdosis.

CHIARI.

104) **Bayard Holmes. Die chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (The surgical treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 5. November 1898.*

H. erklärt die Erkrankung durch eine übermässige Steigerung der normalen Secretion der Schilddrüse. Er hat einen Fall mit gutem Erfolge operirt.

LEFFERTS.

105) **H. Bled. Die Operationen am Sympathicus bei der Basedow'schen Krankheit. (Les opérations sur le sympathique dans la maladie de Basedow.)** *Thèse de Paris. 1898.*

Die Resection des Sympathicus, die eine beiderseitige sein muss, kommt nur für solche Fälle von Morbus Basedowii in Frage, bei denen die interne Therapie machtlos ist. Sind die Basedow'schen Symptome von bedrohlicher Stärke, so kann die Sympathicusoperation als erste gemacht werden, im andern Falle kann vorher die Ligatur der Schilddrüsenarterien oder die Exothyropexie versucht und

erst wenn diese resultatlos bleiben, secundär die Sympathicusresection gemacht werden.

B. theilt bezüglich der letztgenannten Operation nicht den Enthusiasmus ihres Erfinders. Er giebt die guten Resultate in gewissen Fällen zu, leugnet aber ihre allgemeine Anwendbarkeit. B. stellt 28 Fälle von Resection zusammen.

A. CARTAZ.

106) **F. Combemale** und **H. Gaudier. Ein Fall von Basedow'scher Krankheit. Wirkung der Sympathicusresection (Jaboulay's Operation) auf Exophthalmus und Tachycardie. (Un cas de goitre exophthalmique. Action de la sympathicotomie — opération de Jaboulay — sur l'exorbitisme et la tachycardie.)** *Echo médical du Nord. 8. Mai 1898.*

Es handelt sich um einen typischen Fall von Basedow'scher Krankheit mit starkem Kropf, einem Puls von mehr als 200, mässigem aber deutlichem Exophthalmus, Graefe's Symptom, charakteristischem Zittern und Parese des rechten Stimmbandes.

Die Operation fand am 12. März 1898 statt; von beiden Sympathicis wurde ein Stück in der Länge von 7 cm resecirt.

Sogleich nach dem Schnitt entstand beiderseits eine sehr starke Verengung der Pupille, die links punktförmig wurde.

Der Puls veränderte sich in den 3 ersten Stunden nicht, fiel dann auf 120 und bis zum fünften Tage auf 98 Schläge; gleichzeitig wurde er gleich- und regelmässig. Die Arterienspannung betrug 17,5 mm.

Am 28. März verliess der Patient das Krankenhaus, von allen seinen Beschwerden befreit, um seine frühere Beschäftigung wieder aufzunehmen.

PAUL RAUGÉ.

107) **Gérard Marchand** (Paris). **Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit durch partielle oder totale Resection des Halssympathicus. (Du traitement du goitre exophthalmique par la section partielle ou totale du grand sympathique cervical.)** *Société de Chirurgie. 26. October 1898.*

Das Interesse der M.'schen Arbeit liegt hauptsächlich in der detaillirten Schilderung des Operationsverfahrens. Verf. macht auf 3 Punkte aufmerksam: 1. die Jugularvene, die man gleich zu Anfang nach der Incision der Haut zu Gesicht bekommt; 2. die Carotis communis und 3. den Vagus, den man sehen und isoliren muss, um ihn zu schonen.

M.'s Erfahrungen beziehen sich auf 7 Fälle. Bei diesen wurden erzielt:

2 vollständige Erfolge,
2 wesentliche Besserungen,
2 Nicht-Erfolge,
1 Todesfall.

PAUL RAUGÉ.

108) **Doyen. Die chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (The surgical treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 8. October 1898.*

Es kommen nach Verf. nur 2 Operationen in Frage, die beide dasselbe End-

ziel, nämlich die Unterdrückung der Secretion, verfolgen. Das sind: 1. die Thyroidectomie und 2. die Durchschneidung des Halssympathicus. Zwischen beiden Methoden ist zu entscheiden nach den Erfolgen, die durch sie erzielt werden. Einer der Hauptvertreter der Sympathicusresection sagt: 1. die Basedow'sche Krankheit wird durch diese Operation gebessert und geheilt, 2. die Tachycardie wird verringert und verschwindet nach der Resection beider Sympathici, 3. der Kropf wird kleiner und verschwindet, wenn auch etwas langsamer als der Exophthalmus.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

109) **St. Clair Thomson. Functionelle Dysphagie. (Functional dysphagia.)** *Transact. of Harveian Soc. 1898. Brit. Med. Journ. 28. November 1898.*

Verf. bespricht die Differentialdiagnose zwischen organischem Verschluss und functioneller Dysphagie paralytischer oder spasmodischer Form und erörtert dann den Werth der Untersuchung der oberen Luftwege. Was die Behandlung anlangt, so hat die Einführung eines Bougie gewöhnlich einen unmittelbaren und zufriedenstellenden Erfolg. Aber Rückfälle kommen leicht vor und mit der Manipulation der Sondeneinführung muss eine kräftige Suggestivtherapie verbunden werden.

Jaffe meint, dass neurotische Dysphagie ohne Hysterie bei Männern ebenso häufig wie bei Frauen vorkommt.

Dundas Grant pflegt die functionelle Dysphagie an der Leichtigkeit zu erkennen, mit der ein starkes Gummirohr den Oesophagus passirt. Er erinnert an den Reflexspasmus, der bei abdomineller maligner Erkrankung und bei defecten Zähnen vorkommt.

Clifford Beale weist auf Fälle von Dysphagie hin, bei denen die Störung nur besteht, wenn jemand zusieht.

Goodhart erwähnt die nicht seltene Unfähigkeit von Kindern, feste Speisen zu schlucken; dieselbe hält manchmal bis zum 3. Jahre an. — Ein Aneurysma ist nur selten Ursache von Dysphagie.

ERNEST WAGGETT.

110) **Forgue** (Montpellier). **Die intra-mediastinale Oesophagotomie bei Fremdkörpern im thoracalen Abschnitt des Oesophagus. (De l'oesophagotomie intra-médiastinale pour corps étrangers de l'oesophage thoracique.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

Als F. seine schwierige und kühne Operation in Angriff nahm (Juni 1897), hatte man den Oesophagus in seinem Brustabschnitt beim Menschen noch nie eröffnet. Sein Versuch hat daher die Priorität auch vor den 2 Mittheilungen Rehn's auf dem 27. deutschen Chirurgencongress. Es handelte sich aber, wie betont werden muss, nur um einen Versuch, da der Fremdkörper schliesslich auf dem natürlichen Wege entfernt wurde.

Ein 8jähriges Kind hatte vor 3 Monaten ein 10 Centimesstück verschluckt. Die Entfernungsversuche mit dem Graefe'schen Münzenfänger misslangen und

die Ernährung wurde schwierig; Erstickungsanfälle, bronchitische Erscheinungen, blutiges Erbrechen kamen hinzu und machten einen Eingriff nothwendig. Auf dem radiographischen Bild erkannte man den Fremdkörper in der Höhe des 4. Intercostalraumes etwas rechts von dem Wirbelkörper. Danach war es angebracht, in das Mediastinum durch eine rechtsseitige Thoracotomie einzudringen, entgegengesetzt der Vorschrift von Quénu und Hartmann, die den Oesophagus von links in Angriff zu nehmen rathen.

Nach einem vergeblichen ersten Versuch, der wegen Schwierigkeiten mit der Chloroformnarkose abgebrochen worden war, sollte die Wiederholung der Operation 12 Tage später stattfinden. Aber vor der Operation machte der Operateur noch einmal einen Versuch, den Fremdkörper durch die natürlichen Wege zu extrahiren, und diesmal hatte er Erfolg. PAUL RAUGÉ.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) E. P. Friedrich (Kiel). **Rhinologie, Laryngologie und Otologie in ihrer Bedeutung für die allgemeine Medicin.** Leipzig. F. C. W. Vogel. 1899.

Das vorliegende Werk verfolgt die dankenswerthe Aufgabe, die Verbindungen zwischen Mutter- und Tochterwissenschaft, die oft sich zu lockern drohen, zu betonen. Das Bestreben, die Wechselbeziehungen zu schildern, die zwischen den Krankheiten des gesammten Organismus und denen unseres Specialgebietes bestehen, ist kein neues. Schon 1885 besprach Löri „die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre“ und gab dadurch eine treffliche Anregung, über dem Studium der kleinsten Details des Specialgebietes nicht den Zusammenhang des letzteren mit der allgemeinen Wissenschaft zu vernachlässigen. In den 14 seither verflossenen Jahren hat unser Specialfach ebenso wie unsere Mutterwissenschaft grosse Fortschritte gemacht. Es ist in hohem Grade verdienstvoll, wieder einmal einen Markstein aufzustellen, der späteren Forschern die Uebersicht darüber erleichtern wird, welches die Verhältnisse unserer Specialität zur Allgemeinmedicin im letzten Jahre des 19. Jahrhunderts waren; es ist gut für die Mitlebenden, sich wieder einmal klar zu werden über die Leistungen der Gegenwart, über die Abhängigkeit nicht nur der Krankheiten einzelner Organe von einander, sondern über die vielfach sehr verwickelten gegenseitigen Beziehungen der Leiden der Specialgebiete und des Gesammtorganismus.

Dass zum Abfassen eines derartigen Werkes ganz besondere Qualificationen gehören, ist selbsverständlich. Der Verfasser muss nicht allein vollständige Beherrschung des Specialgebietes mit gründlichem allgemeinen Wissen paaren, sondern auch die gesammte einschlägige Literatur auf das eingehendste studirt

haben, um sie bei seiner Schilderung erspriesslich verwerthen zu können. Sagen wir sofort, dass der Verfasser des vorliegenden Werkes diese Erfordernisse zu seiner selbstgestellten Aufgabe mitbringt und dass er ein Werk geschaffen hat, in dem ebenso der Erfahrene wie der Anfänger vielfältigste Anregung finden wird und das für künftige historische Studien einen bleibenden Werth besitzt.

Dass er in den Löri'schen Rahmen noch die Krankheiten der Nase aufgenommen hat, ist bei dem gegenwärtigen Begriff der laryngologischen Specialität selbstverständlich; dafür dass er die Krankheiten des Ohres in sein Werk miteingeschlossen hat, wird ihm gewiss ein grosser Theil der Otologen, wie auch der Laryngologen Dank wissen. Und auch diejenigen, die sich mit den in der Vorrede des Verfassers geäusserten Grundsätzen nicht völlig einverstanden erklären können, werden sicherlich nichts dagegen haben, dass ihnen die Gelegenheit geboten wird, sich praktisch davon zu überzeugen, auf welcher Grundlage die Anforderung der Verschmelzung der Laryngologie und Otologie in den Ausführungen eines berufenen Vertreters sachlich beruht. Ich habe meine eigenen Ansichten über die Frage der inneren Zusammengehörigkeit der beiden Specialitäten in dem Leitartikel dieser Nummer des Centralblatts ausführlich entwickelt und brauche daher die Gegensätze zwischen den Anschauungen des Verf.'s und den meinigen nicht eingehend zu besprechen. Nur das eine muss ich hervorheben, dass ich das Werk mit dem bestem Willen zur Hand nahm, über die in der Vorrede für so durchaus erforderlich erklärte Verbindung beider Specialitäten mich eines Besseren belehren zu lassen, dass ich aber nach Lectüre des ganzen Werkes und speciell nach dem Studium der Abschnitte über die Beziehungen der obersten Luftwege zu den Ohren und über die Betheiligung der Ohren an den verschiedenen Krankheiten der Athmungsorgane keine Veranlassung gesehen habe, die Auffassung, der ich im Leitartikel dieser Nummer Ausdruck verliehen habe, zu ändern. Mit genau derselben Berechtigung hätten meines Erachtens nach die Beziehungen der Augen zum Organismus und die Bedeutung ihrer Krankheiten für die allgemeine Medicin eine gleichwerthige Stellung in dem Werke des Verf.'s einnehmen können, wie die der Ohren. Steht doch schliesslich alles im menschlichen Körper in Wechselwirkung. Wo will man aber aufhören, den Rahmen solcher Aufgaben immer weiter auszudehnen, wenn man einmal ohne wirklich zwingende innere Nothwendigkeit die wohl genug characterisirten Grenzen der einzelnen Specialfächer verwischt?

Was die Einzelheiten des Werkes anbelangt, so ist es im Rahmen einer kurzen Besprechung nicht möglich, auf dieselben näher einzugehen. Das Friedrich'sche Buch behandelt schlechtweg alles, was den Laryngologen in seinen Beziehungen zur Gesammtwissenschaft interessiren kann. Dass man dabei ebenso auf Punkte stösst, in denen die Auffassung des Verfassers sich durchaus mit der eigenen deckt, wie auf solche, in denen die beiderseitigen Ansichten beträchtlich auseinandergehen, ist selbstverständlich, und es würde wenig Zweck haben, Details dieser Art besonders hervorzuheben. Nur ein kleines Bedenken allgemeiner Art kann ich nicht ganz unterdrücken. Der Verf. hat, was ich im höchsten Grade würdige und schätze, überall den Muth seiner eigenen Meinung. Er begnügt sich nicht damit, einfach widerstreitende Ansichten einander gegenüberzustellen, sondern sagt gewöhnlich zum Schlusse, was er selbst über die be-

treffende Frage denkt und giebt die Gründe für seine Meinung an. Das ist gewiss dankbar anzuerkennen und es wäre nur zu wünschen gewesen, dass er diesem Princip durchgehends treu geblieben wäre. Handelt es sich nämlich um noch völlig offene Fragen, so muss meiner Meinung nach in einem Werke vom Character des Vorliegenden dies zunächst nachdrücklichst betont werden. Entscheidet sich aber der Verfasser für eine der streitenden Auffassungen, ohne ausdrücklich zu bemerken, dass derselben eine andere niemals als unrichtig erwiesene gegenüber stehe, so geräth er — und zwar um so leichter, je ruhiger, objectiver und anscheinend einfach historisch berichtend seine Schreibweise ist — in die Gefahr, bei denjenigen Lesern, die mit der betreffenden Frage nicht durch eigenes Studium vertraut sind, die Vorstellung zu erwecken, dass es sich hier um eine vollständig erledigte Frage handele, über welche allseitige Uebereinstimmung erzielt sei. Das kann, wie ich aus eigener Erfahrung weiss, wenige Jahre später zu den bedauerlichsten historischen Fehlern Veranlassung geben.

Einige praktische Beispiele mögen erläutern, was ich meine. So giebt der Verf. z. B. an (S. 33), dass man bei Kehlkopfcarcinom „fast regelmässig" unter den Symptomen Schmerzen finde, die nach den Ohren ausstrahlen . . . ; er citirt als Gewährsmann Fauvel, hat aber wohl übersehen, dass die Erfahrungen Anderer von den Fauvel'schen Angaben abweichen (vergl. Sammelforschung d. Centralbl. V, 371). So behauptet er (S. 56), dass die Entzündungen der Stirnhöhle „mindestens ebenso häufig" seien, als die Oberkieferhöhlenempyeme, ohne für diese gewiss überraschende Behauptung irgend welche statistische Behauptungen hervorzubringen. So meint er (S. 82), dass Kassowitz mit seiner Theorie, dass eine entzündliche Hyperaemie der rachitisch erkrankten Schädelknochen von den corticalen Centren aus den Glottiskrampf auslöse, nicht überzeugen könne, unterlässt aber zu bemerken, dass die Vereinigung der „carpopedalen" Contractionen mit dem Kehlkopfkrampf in schweren Fällen des letztgenannten Leidens ein vollständiges Analogon zu der experimentellen Beobachtung darstellt, dass in Fällen fortgesetzter oder zu starker electrischer Reizung der corticalen Kehlkopfcentren sich dem Glottisschluss tonische Krämpfe der Extremitäten des Thieres zugesellen, ein gewiss naheliegender Anhaltspunkt dafür, dass wenigstens in einer Reihe von Fällen eine directe Rindenreizung — sei es entzündlicher, mechanischer, anämischer Art etc. — die Veranlassung der laryngospastischen Erscheinungen bildet. So versucht er (S. 250), „die Thatsache der früheren Erlahmung der Oeffner des Kehlkopfes" dadurch zu erklären, dass wir es mit zwei Arten von Nerven „im Recurrens" zu thun haben, mit centripetal und centrifugal leitenden; die den Reflextonus vermittelnden centripetal leitenden seien für den Posticus, die centrifugal leitenden reinen Muskelnerven seien für die Adductoren. Aus dem physiologischen Gesetz über das frühere Absterben der Erregbarkeit der centripetal leitenden Nerven liesse sich das frühere und isolirte Auftreten der Posticuslähmung am ungezwungensten erklären. Diese Erklärung setzt selbstverständlich als Thatsache voraus, dass im Recurrens centripetal leitende Fasern existiren. Weit entfernt davon, dass dieses eine gesicherte Thatsache sei, wird aber die Existenz centripetal leitender Fasern im Recurrens nicht nur von vielen zuverlässigen Ex-

perimentatoren bestritten, sondern findet vor allen Dingen in den Erfahrungen der Klinik ganz und gar keinen Anhaltspunkt.

Die genannten kleinen Ausstellungen, deren Zahl sich vermehren liesse, thun meinem Urtheil über den Werth des Buches natürlich keinen Abbruch. Vielleicht erkennt der Verf. die Berechtigung derselben an und schenkt dem genannten Punkte bei der hoffentlich bald erforderlichen zweiten Auflage einige Beachtung.

Felix Semon.

---

b) Prof. Dr. **G. Cornet** (Berlin). **Die Tuberculose.** Alfred Hölder. Wien 1899.

Cornet's gross angelegtes und umfangreiches Buch über die Tuberculose, das einen Theil des Nothnagel'schen Sammelwerkes der speciellen Pathologie und Therapie bildet, ist in 2 grosse Abschnitte getheilt, deren erster der Aetiologie der Tuberculose, deren zweiter der Lungentuberculose gewidmet ist.

Der erste Abschnitt, der nach einem kurzen historischen Ueberblick die Capitel „der Tuberkelbacillus", „Infectiosität (Contagiosität)", „Heredität" und „Disposition" enthält, ist mit besonderer Sorgfalt und in breitester Ausführung abgehandelt. Cornet steht im Grossen und Ganzen auf seinem von früher bekannten Standpunkt, der vielleicht nicht immer richtig, zum mindesten etwas einseitig ist, in seiner praktischen Brauchbarkeit aber doch vorläufig von keinem anderen übertroffen ist. Der Tuberkelbacillus ist nicht ubiquitär; er kommt nur in der Umgebung tuberculös Erkrankter vor. Das hauptsächlichste Mittel der Verbreitung der Krankheit ist das von Lungenschwindsüchtigen entleerte Sputum, das eintrocknet und zerstäubt. Daneben hat die Infection durch tuberkelbacillenhaltige Nahrung, in erster Linie durch Milch, weniger durch das Fleisch kranker Thiere, noch einige Bedeutung, obschon sie hinter der erstgenannten Infectionsquelle weit zurücksteht. Alle anderen Infectionsmöglichkeiten aber — so beispielsweise die von Flügge betonte Infection durch die Exspirationsluft der Phthisiker, der sich namentlich beim Husten feinste Tröpfchen beigesellen, in denen Bacillen suspendirt sind (sog. Tröpfcheninfection) — sind nach Cornet nahezu bedeutungslos. Auch die Heredität spielt keine wesentliche Rolle. Die Vererbung von Seiten des Vaters durch germinative Uebertragung des Krankheitskeimes entbehrt jeder positiven Grundlage; die placentare Uebertragung von Seiten der Mutter ist zweifellos möglich, tritt aber nur ausserordentlich selten und unter ganz besonderen Umständen ein. Ein maassgebender Einfluss auf die Entwicklung und Verbreitung der Tuberculose kommt auch der hereditären Disposition nicht zu. Die sogen. Disposition ist oft nur eine Exposition; die Kinder der tuberculösen Eltern sind der Infection besonders exponirt.

Im Capitel 4 (Infectionswege) sind verschiedene Punkte besprochen, die ein specielleres laryngologisches Interesse haben, so die Frage der Beziehungen der adenoiden Vegetationen zur Tuberculose (S. 116), die Frage der Infection des Larynx (S. 128 u. ff.) u. a. m.

Der zweite Abschnitt des Werkes behandelt sehr gründlich die pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie der Lungentuberculose. Der Tuberculose der obersten Luftwege ist nur wenig Raum eingeräumt; der Tuberculose des Kehlkopfs wird unter den Complicationen ganz kurz gedacht, der Behandlung der Kehlkopfbeschwerden in der Abtheilung: Symptomatische Behandlung gerade eine Seite gewidmet. Nach der ganzen Anlage des Cornet-schen Werkes konnte dies kaum anders sein und wir erwähnen es auch nicht als Vorwurf für das Werk, dessen Fleiss und Gründlichkeit vielmehr durchaus anzuerkennen sind. Nur soll dem laryngologischen Leser gesagt sein, dass er Cornet's Werk nicht etwa zur Bereicherung seiner Specialkenntnisse zur Hand nehmen soll. Aber der Halsarzt muss die Tuberculose im Allgemeinen und die Lungentuberculose ebenso gut kennen, wie die specielleren Erscheinungen der Halstuberculose. Mit dem Kehlkopfspiegel allein kann er die Larynxphthise nicht einmal immer diagnosticiren, gewiss aber nicht in ihrer Bedeutung würdigen und ihren Behandlungsplan entwerfen.

Das Wort des Meisters: „dass keine Specialität gedeihen kann, welche sich gänzlich loslöst von dem Gesammtkörper der Wissenschaft, dass keine Specialität wirksam und segensreich sich entwickeln kann, wenn sie nicht immer von Neuem schöpft aus dem gemeinsamen Born", das dem Centralblatt immer ein Leitsatz gewesen ist, bewährt sich nirgends mehr, wie auf dem Gebiete der Tuberculose. Und deshalb glaubten wir, das Studium des Cornet'schen Werkes auch den engeren Fachgenossen und in diesem Blatte empfehlen zu sollen.

F. Klemperer (Strassburg i. E.).

---

c) Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 11. Mai 1898.

Vorsitzender: H. T. Butlin.

H. B. Robinson: Carcinom des Kehlkopfs im Anschluss an Kehlkopftuberculose.

36jährige Patientin, die seit 1885 wegen Halsbeschwerden im Krankenhaus behandelt wird. Anhaltende Aphonie besteht seit 1893. Im Jahre 1896 stellte Semon die Diagnose auf Kehlkopftuberculose. Anfang 1897 wurde die Tracheotomie nothwendig wegen zunehmender Dyspnoe; nach derselben Besserung des Allgemeinzustandes. Im December 1897 trat eine Schwellung rechts am Halse auf, die Ränder der Tracheotomiewunde wucherten hervor und der subglottische Raum füllte sich mit einer Neubildung. Die mikroskopische Untersuchung von Stückchen derselben zeigte, dass es sich um ein nicht verhornendes Epitheliom handelt. Auf der Brust finden sich über beiden Spitzen Höhlensymptome. In der Familien-Anamnese sind Tuberculose und Krebs vorhanden.

H. B. Robinson: Ein Fall von fast vollständiger Fixation der Stimmbänder durch syphilitische Processe, doppelseitige Abductorenparalyse vortäuschend.

Vorstellung der 50jährigen Patientin, die im Jahre 1886 wegen secundärer Syphilis des Kehlkopfs behandelt worden war. Seither bestanden fortwährend mehr oder weniger ausgesprochene Halssymptome. Im Februar 1898 machte die Pat. eine Influenza durch, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand erheblich angriff. Im April war starke Dyspnoe bemerkbar. Die Untersuchung des Kehlkopfs zeigte normale Stellung der Stimmbänder bei der Exspiration und Adduction bei der Phonation. Bei der Inspiration traten die Stimmbänder dicht zu einander mit Ausnahme ihrer hinteren Enden. Das linke Stimmband schien ein wenig höher zu stehen als das rechte. Eine Schwellung war nicht vorhanden. Von einer Erkrankung im Thorax oder einer centralen Störung war nichts zu constatiren. Jodkali wurde gegeben, verursachte aber starke Störungen und musste wieder ausgesetzt werden. Mit dem Verschwinden des Catarrhs besserte sich die Dyspnoe. War der Zustand durch eine nervöse Affection oder durch syphilitische Infiltration der Arytaenoidgelenke bedingt?

Cresswell Baber: Kirstein's Autoscop.

Demonstration und Beschreibung der neuen Form des Kirstein'schen Spatels.

Pegler: Ein Fall von maligner Erkrankung des Kehlkopfs und der Speiseröhre.

Ein Fall von ausgedehntem Epitheliom der Speiseröhre mit Durchbruch secundärer Knoten in den Larynx. Ein sehr starke Secretion wässeriger Flüssigkeit verursachte erhebliche Beschwerden.

Spencer empfiehlt Atropin zur Herabsetzung des Secretion.

Dundas Grant: Recidivirende multiple Papillome des Kehlkopfs.

20jährige Patientin, bei der wiederholt mit der Zange Kehlkopfpapillome entfernt worden sind. Es traten immer von neuem Recidive auf und Pinselungen mit Chlorzink, Alkohol, Thujatinctur und Eisenchlorid vermochten dem Wiederwachsen nicht Einhalt zu thun. Vor 18 Monaten wurde mit der Application alkoholischer Lösungen von Salicylsäure (1—10 pCt.) begonnen. Die Applicationen wurden mittelst Wattetampons gemacht und fanden täglich statt. Die Reste der Tumoren schrumpften und Recidive sind seither ausgeblieben.

Dundas Grant: Knötchenförmige Anhäufung von Secreten an den Stimmbändern eines Sängers. Beginnende Sängerknötchen?

Der 21jährige Patient ist Gesangsschüler und klagt, dass das Timbre seiner Stimme nachgelassen hat. Wenn man das Secret vom Stimmband fortwischt, sieht man eine ganz kleine spitze Hervorragung an der betreffenden Stelle des einen Stimmbands.

Bennett vermag nichts Pathologisches zu sehen.

Dundas Grant: Ein Fall von sigmatischer Dyslalie.

Vorstellung einer 30jährigen Frau; dieselbe vermag den Buchstaben s nicht auszusprechen und ersetzt ihn stets durch ein k. Es wurde das Vorhandensein einer Gaumenspalte vermuthet, die Untersuchung zeigte aber nur eine geringe Schwellung der Nasenmuscheln und eine Parese des Velums. Cocainisirung der Nase und Zuklemmen des Naseneingangs erleichterte die Bildung des fehlenden S-Lautes; bei Vorstellen des Unterkiefers gelang derselbe noch leichter.

Sharman: Gestieltes Papillom der linken Tonsille mit gestieltem Papillom des linken hinteren Gaumenbogens.

Vorstellung des Falles. S. macht auf den Umstand besonders aufmerksam, dass der eine Tumor, eine gestielte Geschwulst von Erbsengrösse, direct von der freien Oberfläche der Mandel entspringt und nicht aus der Plica triangularis herauskommt.

Thorne u. Hill: Patient mit Kehlkopflähmung (vorgestellt in der März-Sitzung), der neuerdings mehrere epileptiforme und Schwindel-Anfälle mit laryngealen Krampf- und Reizerscheinungen hatte.

38jähriger Mann mit doppelseitiger Kehlkopflähmung unbekannten Ursprungs. Im vergangenen Monat hatte der Patient 6mal Anfälle von Bewusstlosigkeit, die 2—6 Minuten dauerten. Beim ersten Mal ist der Patient umgefallen und mit dem Kopfe aufgeschlagen. Jedesmal ging dem Anfall ein Gefühl von Zusammenschnürung im Halse voraus „mit inspiratorischen stridulösen Geräuschen und Hustenstössen“. Wiederholt war die Abduction der Stimmbänder so schwach und die Dyspnoe so stark, dass die Frage der Tracheotomie ventilirt wurde. Zeichen von Tabes oder einer Erkrankung im Thorax sind nicht vorhanden.

Beale wirft die Frage auf, ob die infantile Gestalt der Epiglottis, die der Patient zeigt, nichts mit dem Stridor zu thun hat.

Law: Fall von Rachenmykose.

Der Fall betrifft eine junge Dame, die in vorzüglichem Gesundheitszustand ist und vollkommen gesunde Zähne hat. Die Stimme war nicht übermässig angestrengt worden. L. sah die Patientin zum ersten Male im December 1897; sie klagte über Halsweh, ein Gefühl von Rauhigkeit und manchmal von Trockenheit, das besonders beim Schlucken lästig war. Bisweilen hatte sie einen unangenehmen Geschmack im Munde, doch niemals Geruch. Eine Reizung im Halse bemerkte sie zum ersten Male im November 1897, nach einem vorübergehenden Verlust der Stimme im Anschluss an eine lange Radtour. Ihr Arzt bemerkte damals weisse Flecke und Hervorragungen auf den Mandeln und entfernte dieselben. Sie kehrten aber sehr rasch wieder. Im December fand L. die Mandeln vergrössert und mit zahlreichen weissen Fleckchen von verschiedener Grösse und Gestalt bedeckt. Zwischen den Tonsillen und den vorderen Gaumenbögen sind ebenfalls zahlreiche weisse Stellen vorhanden; dieselben sehen fast wie Reihen

kleiner Zähne aus. Die Zungentonsille ist gross und über und über mit länglichen weissen Pfröpfen bedeckt, die namentlich an den Seiten zahlreich stehen. Ein paar solcher weissen Punkte sind auch in der Rosenmüller'schen Grube und an der hinteren Lippe des linken Tubeneingangs zu sehen; 3 oder 4 sitzen an der hinteren Rachenwand.

Der Galvanokauter ist wiederholt angewandt worden nach vorheriger Curettirung der festsitzenden Pfröpfe. Ein Erfolg ist damit ebensowenig erzielt worden, wie mit antiseptischen Gurgelungen, allgemeinen Tonicis und anderen versuchten Mitteln. Auch die Entfernung des Patienten aus seiner ungesunden Wohnung und ein 10wöchentlicher Aufenthalt an der See brachten keine Veränderung. In den letzten Wochen aber, in denen jede Behandlung ausgesetzt war, ist eine entschiedene Besserung eingetreten.

Tilley empfiehlt das Auswischen der erkrankten Crypten mit einer starken Lösung von Salicylsäure in Alkohol (1 : 4); natürlich muss man mit einem so starken Agens vorsichtig sein. Er hat das Mittel in 2 Fällen angewandt und muss vorläufig die rapide Besserung, die er beobachtete, auf dasselbe beziehen.

Grant erzielte mit der Salicylsäure Erfolg bei pachydermischer Laryngitis.

Hill erblickt einen Zusammenhang zwischen der keratinösen Natur des Leidens und dem Nutzen der Salicylsäure.

Law hat die Tonsillen selbst nicht vor der Cauterisation entfernt. Was die von Kelly in seiner werthvollen Arbeit beschriebene Keratosis pharyngis anbelangt, so ergab die Untersuchung eines von der Tonsille abgekniffenen kleinen Fragments, dass die Crypten mit keratinisirtem Epithel gefüllt sind.

Symonds: Syphilitische Ulceration mit Perichondritis des Larynx.

Vorstellung des Kranken.

Symonds: Gestieltes Fibrom des Stimmbandes.

Krankengeschichte und Demonstration.

Agar: Stirnhöhlenerkrankung.

27jähriger Mann mit Rhinitis hypertrophica; klagt seit 1 Jahr über Schmerzen und ein Gefühl von Kälte in dem unteren und mittleren Theil der Stirn. Wegen Verdacht auf Periostitis syphilitica war eine specifische Behandlung eingeleitet worden; dieselbe hatte aber keinen Erfolg. Redner befragt die Versammlung darüber, ob sie eine Exploration der Stirnhöhle auf Vorhandensein einer Exostose für angebracht hält oder die intranasalen Hypertrophien energischer zu behandeln räth. Der Patient ist offenbar in schwer leidendem Zustand. Redner nimmt an, dass es sich um eine exhaustive Sinusitis handelt.

Baber findet keinen Hinweis auf Sinusitis.

Hill meint, dass eine exhaustive Sinusitis vorliegt und dass eine frontale Operation nicht nöthig ist.

Lake: Präparate einer mittelst der galvanokaustischen Schlinge entfernten tuberculösen Epiglottis.

Die Epiglottis wurde resecirt theils wegen ihrer ausserordentlich starken Vascularisation, theils wegen ihrer stark horizontalen Stellung, die eine Besichtigung und Behandlung des Kehlkopfes unmöglich machte. Die Blutung nach der Operation war unerheblich, die Dysphagie war sofort gebessert. Tuberkelbacillen sind nur spärlich in den Präparaten zu sehen, in manchen Schnitten fehlen sie ganz.

Lawrence (für Butlin): Ein Fall von subglottischer Schwellung.

Vorstellung eines 55jährigen Mannes, der subglottisch beiderseits eine erhebliche röthliche Schwellung zeigt, welche den Eingang in die Trachea stark verengt. Ueber Störungen im Halse klagt der Patient seit etwa 18 Monaten; ein etwas unbestimmter Anfall von Kurzathmigkeit ist im Sommer 1897 aufgetreten; seither bestehen auch Heiserkeit und Athembeschwerden. Ein gewisser Schmerz, der nach dem linken Ohr ausstrahlt, ist vorhanden; der allgemeine Gesundheitszustand aber ist gut. Beide Stimmbänder sehen weiss aus; die Beweglichkeit des rechten ist beschränkt.

Spencer stellt die Diagnose auf maligne Erkrankung mit geringer Betheiligung der Halsdrüsen. Semon und Butlin konnten sich für die Diagnose einer Neubildung nicht entscheiden und nehmen eine Perichondritis bei chronischer Entzündung an.

Bennett: Parese des rechten Stimmbandes.

45jähriger Mann; in der Anamnese nichts von Syphilis nachweisbar. Der Kranke klagte über ein Gefühl von Schwäche im Halse zuerst im Jahre 1895. Im Mai 1896 waren die Bewegungen des rechten Stimmbandes unregelmässig; während derselben Untersuchung blieb dasselbe manchmal bei der Inspiration stationär, dann wieder bewegte es sich, wenn auch etwas träger als das linke. Ueber der rechten Lungenspitze sind einige Rhonchi sibillantes zu hören. Im Juni 1896 stand das rechte Stimmband ganz still.

Es wurde eine Zeit lang Jodkali gegeben und vor Ende des Jahres war die Auswärtsbewegung des rechten Stimmbandes wieder vollkommen, wenn auch etwas träge. Auch während dieser Zeit aber wurde ein Wechsel in der Activität der Muskeln während ein und derselben Untersuchung bemerkt.

1897 fühlte sich der Patient vollständig wohl. Vor kurzem war das Stimmband wieder feststehend gefunden worden; jetzt aber ist dies wieder vorüber. Von einer Geschwulst im Thorax ist nichts nachweisbar.

Sitzung vom 8. Juni 1898.

Vorsitzender: H. T. Butlin.

Permewan: Geschwulst der Speiseröhre exstirpirt mittelst Pharyngotomia subhyoidea.

Demonstration eines gutartigen Tumors, den P. mittelst der angegebenen

Methode mit Leichtigkeit exstirpirt hat. Der Patient indessen starb am 10. Tage an septischer Pneumonie, 3 Tage nach Entfernung der Tracheotomiecanüle. P. glaubt, dass die Geneigtheit dieser Fälle zum unglücklichen Ausgang vermindert würde, wenn man die Wunde offen liesse. In den Fällen von Halsdurchschneidung kommen doch septische Symptome selten zur Entwicklung, was Redner darauf zurückführt, dass dieselben gewöhnlich durch Granulation heilen.

Symonds erklärt die Mortalität dieser Fälle durch die Infection des lockeren Bindegewebes. Er empfiehlt, nach Vernähung der Schleimhaut die Wundhöhle mit Gaze auszustopfen.

Lake: Tuberculöses Geschwür des Septum nasi.

Demonstration eines Geschwürs der Nasenscheidewand bei einem phthisischen Patienten.

St. Clair Thomson zweifelt an der tuberculösen Natur des Ulcus.

Bond fragt, ob den Mitgliedern der Gesellschaft das Einsetzen allgemeiner Tuberculose nach Entfernung kleiner tuberculöser Tumoren begegnet ist.

Lake erwidert, dass Clark über diesen Punkt Nachforschungen angestellt hat und zu dem Resultate gekommen ist, dass ein derartiges Zusammentreffen keineswegs etwas gewöhnliches ist.

Watson Williams ist nach seinen Erfahrungen derselben Ansicht.

Lake: Tuberculom des rechten Stimmbandes.

Die Geschwulst ist durch ein paar Milchsäureapplicationen in ihrem Umfang erheblich verkleinert worden.

Lake: Ein geheilter Fall von Kehlkopftuberculose.

Vorstellung des 35jährigen Patienten. Die Behandlung bestand in täglicher intrachealer Injection einer Lösung von 3proc. Naphthalen und $^1/_2$proc. Cinnamomöl in Parolen. Ein Geschwür, das die vorderen Partien beider Stimmbänder und einen Theil des Ringknorpels eingenommen hatte, ist verheilt.

Charters Symonds: Epitheliom der Epiglottis.

Vorstellung eines 65jährigen Mannes mit ausgebreitetem Epitheliom an der Basis der Epiglottis und der Zunge und mit grossen secundären Knoten am Halse. Die Drüsenanschwellung hat der Patient 2 Monate, bevor er Dysphagie wahrnahm, bemerkt.

Bond hat das Eintreten der Symptome in dieser Reihenfolge öfter beobachtet.

Waggett empfiehlt gegen die Dysphagie in solchen Fällen Einblasungen von Orthoform.

Herbert Tilley hatte grossen Nutzen von diesem Mittel in einem Falle von tuberculöser Ulceration.

Lake hebt hervor, dass das Orthoform nur wirkt, wenn eine Läsion der Oberfläche vorhanden ist.

Dundas Grant: Abtragung eines kleinen Fibroms des Stimmbands bei übermässig zurückgebogener Epiglottis.

Bei der Configuration der Epiglottis waren die Stimmbänder nur mit der grössten Schwierigkeit zu sehen. G. führte seine eigene geschützte Zange à l'aveugle ein und entfernte beim ersten Versuch ein Stück vom gesunden Taschenband; beim zweiten hatte er mehr Erfolg und fasste die Neubildung.

H. Tilley hat einen ganz ähnlichen Fall in Beobachtung, bei dem er einen Einblick in den Kehlkopf nur unter Vorziehen der Epiglottis erreichen kann. Es gelang ihm in seinem Falle ebenfalls mit der Grant'schen Zange, einen Theil des Tumors zu exstirpiren. Er stellt die Frage auf, ob in solchen Fällen von Complication benigner Geschwülste mit einer derartigen Deformität des Kehlkopfs nicht die Laryngofissur gerechtfertigt ist. Er hält dieselbe für rathsam in manchen Fällen von Tuberculose in frühem Stadium.

Bond hat die Laryngofissur wegen Tuberculose zweimal gemacht, in einem Falle mit Erfolg.

St. Clair Thomson ist der Meinung, dass eine Laryngofissur wegen benigner Neubildung auf alle Fälle nur sehr selten in Frage kommen kann. Massei hat gegen dieselbe stark protestirt, weil sie nie ganz frei von Gefahr ist und oft der Stimme Schaden bringt.

Symonds giebt zu, dass die Geschicklichkeit des Operateurs in diesen Fällen eine grosse Rolle spielt; bei der Laryngofissur aber ist eine Schädigung der Stimmbänder auch von der geschicktesten Hand nicht mit Sicherheit zu vermeiden und wenn man noch so vollkommen die Ränder des durchschnittenen Knorpels aneinanderfügt, so ist doch eine vollständige Wiederherstellung der Stimmbandstellung damit nicht gewährleistet. Er hat eine Operation von aussen her in 2 Fällen von Tuberculose gemacht, beidemal mit sehr ungünstigem Resultat für den Patienten.

Waggett sagt, dass man auch die Möglichkeit der Bildung von Granulationen an der hinteren Fläche der Wunde nicht vergessen dürfte. Solche Granulationen können functionell ebenso störend wirken, wie die ursprüngliche Neubildung.

Permewan ist auch der Ansicht, dass wegen der Schwierigkeit des Aneinanderpassens der Theile und wegen der Gefahr der Granulationsbildung die Laryngofissur bei benignen Geschwülsten nicht gerechtfertigt ist. Doch glaubt er, dass diese Operation bei Tuberculose eine Zukunft hat.

Dundas Grant empfiehlt Geduld im Gebrauche der endolaryngealen Instrumente bei derartigen Fällen von gutartigem Kehlkopftumor.

Jobson Horne: Mikroskopische Präparate einer Neubildung des Kehlkopfventrikels.

H. legt verticale Schnitte durch die rechte Hälfte eines Kehlkopfs vor, an denen die Topographie und Natur einer aus dem Ventrikel zungenartig heraushängenden Neubildung zu erkennen ist (Wiedergabe der Mikrophotogramme in

dem Verhandlungsbericht). Diese Geschwulst wäre intra vitam sicherlich als ein Prolapsus ventriculi, als Hernie oder Fibrom des Ventrikels bezeichnet worden. Der Tumor, der mit Cylinderepithel umkleidet ist, setzt sich aus einem Gewebe zusammen, das dem des benachbarten Taschenbandes sehr ähnlich ist. Als Ganzes genommen, erscheint die Geschwulst geradezu als ein Duplicat des Taschenbandes. Ob irgend welche Symptome intra vitam bestanden, vermag H. nicht zu sagen. Als er zur Nachforschung nach Frühstadien von Tuberculose Schnitte durch den Kehlkopf anfertigte, hat er öfter kleine Excrescenzen am Ventrikelgrunde hervorragen gesehen.

Watson Williams: Kehlkopfzange.

W. demonstrirt ein Instrument, dessen Handgriff von den bisherigen Zangen abweichend construirt ist.

Lawrence: Papillom der Uvula.

Vorstellung des Falles.

Pegler: Dislocation des knorpligen Septums.

Eine Septumdeformität, die Nasenverstopfung und äusserliche Entstellung verursacht. Die ursprüngliche Ursache war ein Schlag mit einem Cricketball, der von unten her die Nase traf; von anderer Seite sind wiederholt äussere Operationen an dem Falle vorgenommen worden. Der Knorpel schien in 2 Lamellen gespalten, die man bei Einführen eines Fingers in jede Nasenseite zusammendrücken kann; lässt der Druck nach, so kehrt die Verstopfung der Nase sofort wieder.

St. Clair-Thomson ist gegen eine äussere Operation in derartigen Fällen, da die Deformität mehr auf narbige Retraction als auf den Mangel an Stütze auf das Septum zurückzuführen ist. Er hat erst kürzlich in einem solchen Falle den Knorpel wieder in seine perpendiculäre Stellung gebracht, damit aber die Sattelnasenform in nichts verbessert. Er empfiehlt vielmehr, in der Nacht Hohlschienen tragen zu lassen.

Dundas Grant empfiehlt eine äussere Operation mit Abtragung der prominenten Theile der Knochen.

Permevan räth, den obstruirenden Theil des Knorpels abzutragen, ohne weitere Rücksichtnahme auf die präcise anatomische Stellung desselben.

Snell: Tuberculöse Laryngitis.

Der Fall betrifft eine junge Frau mit tuberculöser Familiengeschichte und Cavernensymptomen über der rechten oberen Lunge. Heiserkeit besteht seit 12 Monaten. Zuerst sah man in der Regio interarytaenoidea eine papillomatöse Masse; später trat auch eine Infiltration der Ligg. ary-epiglottica und der Taschenbänder, sowie eine Ulceration auf dem rechten Stimmbande ein. Dieses Erscheinen der initialen Läsion im Interarytaenoidraum ist ein bemerkenswerther Punkt.

St. Clair-Thomson stimmt der Diagnose zu.

Betham Robinson: Diagnostisch zweifelhafter Tumor des rechten Stimmbandes.

38jähriger Mann, bei dem 1893 ein Tumor am Stimmbande entdeckt wurde. Derselbe wurde mehrmals geätzt und angeblich geheilt. R. sah den Patienten im Mai 1898 und fand eine erbsengrosse gestielte Geschwulst, die vom Stimmbandrande, etwas vor der Mitte desselben entsprang. Dieselbe war von weisser Farbe und convexer Oberfläche. Das Gewebe um die Basis des Tumors war infiltrirt, das Stimmband erschien im übrigen aber intact. Die Familien-Anamnese ergiebt tuberculöse Belastung, am Hals sind auch einige Narben zu sehen, die Lungen aber sind frei.

St. Clair-Thomson neigt nach dem Sitz und dem Aussehen des Tumors der Diagnose auf maligne Geschwulst zu.

Jobson Horne sieht in der Lage des Tumors nichts Typisches für Pachydermia verrucosa.

Symonds giebt zu, dass kein typischer Fall vorliegt, findet aber im Aussehen und Charakter der Geschwulst doch vieles, was für Pachydermie spricht.

Dundas Grant räth die Entfernung des Tumors zu diagnostischen Zwecken.

Bond: Schluckbeschwerden bei einem Kinde.

10 Monate altes Mädchen, das stets grosse Mühe beim Schlucken hatte; Flüssigkeit wird erst nach wiederholten Anstrengungen geschluckt. Für eine überstandene Diphtherie ist in der Anamnese kein Anhaltspunkt zu finden und auch sonst ist eine Ursache für die Dysphagie nicht zu ermitteln.

Jobson Horne: Tuberculose des Kehlkopfes und Schlundes.

Vorstellung eines Patienten mit sehr ausgebreiteter tuberculöser Infiltration und Ulceration des Kehlkopfes und Schlundes. Die Epiglottis wurde mit der Curette und Milchsäure behandelt und die Dysphagie ist dadurch sehr gebessert worden. Jetzt sind auch der Gaumen und die Mandeln afficirt. H. erbittet Rath bezüglich der weiteren Behandlung.

E. B. Waggett.

---

d) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Versammlung vom 22. Juli 1898.

Vorsitzender: Dr. Dundas Grant.

(Journal of Laryngology. October 1898.)

Furniss Potter: Pachydermia laryngis.

Der 27jährige Pat. klagt über Nasenstörungen. Redner weist auf das Alter des Patienten hin, sowie auf das Fehlen von Alkoholismus, Rauchen und auch von Stimmüberanstrengung in der Anamnese.

Furniss Potter: Rachenmykose.

Die Oberfläche der Mandeln und des Rachens ist bedeckt mit kleinen gelblich-weissen Flecken, die aus Leptothrixfäden und Epithelzellen bestehen.

Grant stimmt der Diagnose zu.

Furniss Potter: Postdiphtheritische (?) Parese der rechten Hälfte des weichen Gaumens und des rechten Stimmbandabductors.

Die Anamnese ergiebt, dass vor 6 Monaten eine nicht ganz aufgeklärte Halserkrankung bestand und seither die Heiserkeit vorhanden ist. Die Stimmbänder schliessen bei der Phonation nicht ganz und das rechte wird bei tiefer Inspiration nicht so gut, wie das linke abducirt. Die Kniereflexe sind normal.

Grant stellt fest, dass die Zunge gegen die linke Backe mit geringerer Kraft gedrängt wird als gegen die rechte. Er hält eine Affection des Accessorius- und des Hypoglossuskernes für wahrscheinlich.

George Stoker: Lupus und Ulcus rodens behandelt mittelst Einimpfung von Culturen von Staphylococcus pyogenes aureus, die zuvor der Wirkung von Oxygen ausgesetzt wurden.

Redner glaubt, dass durch den Einfluss des Oxygens auf die Kokkenculturen ein Antitoxin erzeugt wird.

Dundas Grant: Ein Fall von Rhinosklerom.

St. George Reid demonstrirt Kapselbacillen, die von diesem Fall stammen.

Davison (Bournemouth): Pseudophthisis durch Nasenpolypen.

Vorstellung des Patienten.

Wyatt Wingrave: Kehlkopfgeschwulst mit mikroskopischer Untersuchung (Fibromyxom).

35jähriger Mann, seit 3 Jahren heiser. An der Oberfläche des rechten Stimmbandes im vorderen Drittel sass eine erbsengrosse, gestielte, durchscheinende Geschwulst. Dieselbe ist exstirpirt worden; ein Anfang von Recidiv ist an der betreffenden Stelle sichtbar.

Mikroskopisch: Spindel- und Rundzellen in einem schleimigen Grundgewebe, darum eine Decke von Cylinderepithel. Stellenweise Zeichen activen Wachsthums.

Bark (Liverpool) hält den Tumor nach den Präparaten für ein weiches Fibrom.

Pegler: Partielle Infiltration der Stimmbänder mit gestieltem Tumor an der vorderen Commissur.

Die Diagnose des Falles ist zweifelhaft.

Pegler: Beiderseitige erectile Geschwülste des Septums mit Ethmoidalerkrankung und Polypen.

P. legt Präparate von dem Falle vor.

Wingrave deutet dieselben nur als übertriebenes Wachsthum normalen Gewebes.

Middlemas Hunt: Ein Fall, der die Wirkung der Beseitigung nasaler Verstopfung auf das Wachsthum und die Entwicklung illustrirt.

17jähriges, junges Mädchen, das an ausgesprochener Verstopfung der Nase durch Polypen litt und früher stets anämisch und kränklich war. Zur Zeit der Operation des Polypen maass die Patientin 5 Fuss 2 Zoll und wog 6 Stein 12 Pfund. Sieben Monate nach der Freilegung der Nasenpassage betrug ihre Länge 5 Fuss 6 Zoll, ihr Gewicht 9 Stein $10^1/_2$ Pfund. Sie hatte also in 7 Monaten $3^1/_2$ Zoll und 42 Pfund zugenommen.

Middlemas Hunt: Thyrotomie wegen maligner Erkrankung bei einem Manne von über 80 Jahren.

Der Patient litt seit etwa 4 Monaten an zunehmender Heiserkeit; sein allgemeiner Gesundheitszustand war ein guter. Im vorderen Theil des Larynx sah man eine grosse, blasse, weissröthliche, an der Oberfläche ulcerirte Geschwulst. Mit Rücksicht auf das Alter des Patienten wurde die Tracheotomie 5 Tage vor der Thyrotomie gemacht. Die Geschwulst und die Weichtheile in der Umgebung wurden exstirpirt. Die Tracheotomiecanüle wurde nach 24 Stunden entfernt; nach Verlauf einer Woche konnte Patient aufstehen. Am 10. Tage entwickelte sich eine Pneumonie; dieselbe kam aber zur Heilung und Patient verliess das Krankenhaus nach 4 Wochen in gutem Zustand.

Seither sind fast 8 Monate verflossen; der Patient schreibt in seinem letzten Bericht, dass er sich wohl befindet.

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors bestätigte die Diagnose auf Epitheliom.

Versammlung vom 28. October 1898.

Vorsitzender: Dr. Middlemas Hunt.

(Journal of Laryngology. Januar 1899.)

Middlemas Hunt: Ein Fall von Epitheliom des Kehlkopfs mit mikroskopischer Untersuchung.

44jähriger Mann, seit 6 Monaten an zunehmender Heiserkeit leidend, sonst subjectiv keine Symptome. An der vorderen Commissur ein gestielter, glatter Tumor, weiss mit mehreren rothen Punkten. Beide Stimmbänder sind congestionirt, die Bewegungen des linken abgeschwächt. Redner exstirpirte ein Stück von dem Tumor mit der Zange; die mikroskopische Untersuchung ergiebt, dass ein Epitheliom vorliegt. Redner hat die Thyrotomie vorgeschlagen.

Lennox Browne hält die Thyrotomie mit Entfernung der Weichtheile für die beste Behandlungsmethode. Von seinen operirten Fällen ist der eine jetzt

5 Jahre nach der Operation, andere $2^1/_2$–3 Jahre; in keinem der Fälle ist ein Recidiv eingetreten.

Mayo Collier befürwortet die Exstirpation des halben Kehlkopfs.

Bark ist der Ansicht, dass man den Knorpel nur entfernen soll, wenn es absolut nothwendig ist. Er verfügt über einen Fall, bei dem die Laryngofissur wegen Krebs vor 2 Jahren gemacht wurde; derselbe lebt in guter Gesundheit.

Lennox Browne ist überrascht, aus Mayo Collier's Aeusserungen zu ersehen, dass Butlin seine Ansichten über die Behandlung des Kehlkopfkrebses in Fällen, wie der vorgestellte, geändert haben soll. Denn gerade Butlin ist dafür besonders eingetreten, in derartigen Fällen nur die Weichtheile zu exstirpiren. In richtig ausgewählten Fällen scheint diese Methode die ideale zu sein.

(Der Bericht im Journ. of Laryngology vom 15. Januar enthält nur die oben wiedergegebene Bemerkung Collier's.)

Dundas Grant ist Anhänger der exploratorischen Thyrotomie. Erweist es sich dabei, dass beide Seiten des Kehlkopfes afficirt sind, dann ist mehr erforderlich und die Totalexstirpation des Larynx kann angeschlossen werden.

Dundas Grant: Ein blutender Tumor der Nasenscheidewand.

Demonstration des Falles.

Furniss Potter: Schwarze Zunge.

Ein dunkler Fleck auf dem Zungenrücken bei einem 48jährigen Manne. Die hypertrophischen Papillen sind ca. $^1/_4$ Zoll lang.

Furniss Potter: Abductorlähmung des linken Stimmbandes.

33jähriger Patient; das linke Stimmband ist nahezu in Mittellinie fixirt. Ausser einer vorangegangenen Influenza, einer bestehenden Pharyngitis und Nasenpolypen ist nichts festzustellen; an den Brustorganen und am Nervensystem normale Verhältnisse.

Whistler vermuthet als Ursache der Lähmung eine Schwellung laryngotrachealer Lymphdrüsen.

Mayo Collier berichtet über einen ähnlichen Fall, der sich dann als eitrige Pleuritis an der Lungenspitze herausstellte und chirurgisch behandelt wurde.

Milligan und Grant sprechen über die Schwierigkeit der Diagnose in so vielen dieser Fälle.

Mayo Collier: Verbildung des Oberkiefers, der Zähne und des Gaumens infolge Nasenverstopfung.

18jähriger junger Mann mit ausgesprochener Deformität des knöchernen Gaumens und des Gesichtsschädels; dieselbe ist eine Folge der nasalen Verstopfung zur Zeit des Wachsthums des Schädels. Bemerkenswerth ist, dass der Knabe bis zu seinem 8. Jahre ein normal gebildetes Gesicht gehabt hat und dass auch seine Milchzähne regulär waren. Um diese Zeit trat die Verstopfung der Nase als Folge eines hypertrophischen Catarrhs in Erscheinung.

Auf eine Frage des Vorsitzenden und Lennox Browne's erwidert Collier, dass derartige Fälle nicht als congenital und hereditär zu bezeichnen sind, denn es handelt sich dabei nicht um eine Entwicklungshemmung, sondern um eine vollständig erklärbare spätere Verbildung.

Mayo Collier: Ein Fall von vermuthlich tuberculöser Infiltration der Epiglottis.

C. beschreibt das Aussehen der Epiglottis; der Patient ist leider nicht erschienen.

Milligan: Eitriger Catarrh der Kiefer- und Stirnhöhle.

Die rechte Kieferhöhle, die Eiter enthielt, wurde eröffnet und ausgekratzt 12 Monate nach Beginn der Krankheit. Der Verlauf war ein ganz glatter, bis 2 Monate nach der Operation eine schmerzhafte Erkrankung der Stirnhöhle derselben Seite in Erscheinung trat. Nach mehreren vergeblichen Drainirungsversuchen wurde der Sinus frontalis mittelst Incision in der Mittellinie von der Stirn aus eröffnet. Das Infundibulum wurde erweitert, die Drainage nach der Nase in der gewöhnlichen Weise durch Einlegen eines Drains offen gehalten und die Stirnwunde vernäht, wobei dem Periost besondere Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Am 2. Tage danach trat Fieber ein und es erschien ein erysipelatöser Ausschlag um die Wunde. Dieselbe wurde wieder geöffnet, nach ein paar Tagen aber, da alles gut ging, von neuem geschlossen. Die Heilung ging jetzt ohne weitere Störung von statten, obgleich M. es für gut hielt, das Nasendrain noch 5 Wochen liegen zu lassen.

M. macht auf den Ausbruch der Stirnhöhlenerkrankung, der anscheinend mit der Irrigation der Kieferhöhle in Zusammenhang steht, und ferner auf die Infection der Wunde aufmerksam. Letzteres Vorkommniss, das er 3mal beobachtet hat, führt er auf eine Infection des Zellgewebes mit Streptococcen während der Operation zurück. Er empfiehlt, die Nähte bei der Operation einzulegen, sie aber erst nach ein paar Tagen zu knüpfen.

Hill hat in solchen Fällen das Drainrohr fortgelassen.

Lennox Browne: Neubildung an der Uvula.

Redner demonstrirt eine erbsengrosse Geschwulst, die von einer Uvula entfernt ist, welche so lang herabhing, dass man ihr Ende beim Herabdrücken der Zunge nicht sehen, es aber bis zwischen die Lippen hervorziehen konnte. Der Patient ist ein 3jähriges Kind, das adenoide Vegetationen hat.

Wingrave hat die Geschwulst untersucht; dieselbe ist als epitheliale Cyste zu bezoichnen.

Lennox Browne: Ein Leitinstrument für das Infundibulum, das, ohne dass man es herauszieht, als Curette und Fadenhalter dient.

Demonstration des Instrumentes. Dasselbe dient zur Erweiterung des Infundibulum bei der Operation der Stirnhöhle. Es trägt vorn ein Auge, sodass man

den Faden, der zur Befestigung des Drainrohrs dient, gleich beim ersten Eingehen mit einführen kann.

Lennox Browne: Ein verbessertes Drainrohr für das Infundibulum.

Hartgummiröhre ähnlich der Luc'schen, jedoch mit so dünnen Wänden, dass die Herausnahme bei der schliesslichen Entfernung keine Schwierigkeiten macht.

Lamb (Birmingham): Spontane Heilung eines Antrum-Empyems.

Das anatomische Präparat zeigt:

1. Einen Defect im Gaumen am 2. cariösen Molarzahn.
2. Eine narbige Einziehung den ganzen mittleren Nasengang entlang.
3. Am Boden des Antrum, über der cariösen Oeffnung, einen kurzen knöcherner Kanal, der mit Schleimhaut ausgekleidet ist.

Der Eiter hat sich augenscheinlich an der Wurzelstelle des cariösen Zahns einen Weg gebahnt und rund um die Oeffnung hat eine Neubildung von Knochen stattgefunden. Der Zahn ist, nach Aufhören der Eiterung, mit Amalgam gefüllt worden. E. B. Waggett.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Dem Privatdocenten an der Berliner Universität, Dr. Paul Heymann ist der Titel Professor verliehen worden.

Professor L. v. Schrötter ist zum Ehrenmitglied der Berliner Laryngologischen Gesellschaft ernannt worden.

Der Herausgeber des Centralblatts ist zu einem der Ehrenpräsidenten des bevorstehenden Internationalen Medicinischen Congresses ernannt worden.

Prof. J. Jurasz in Heidelberg ist als ordentlicher Professor nach Lemberg berufen worden.

Folgende Herren haben sich der „Revue Hebdomad. de Laryngologie" zufolge als Privatdocenten der Laryngologie etablirt: Dr. Grabower (Berlin), Dr. Trifiletti (Neapel).

Dr. Kümmel, Privatdocent der Laryngologie in Breslau ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden (Rev. Hebd. de Laryngologie).

Die Herren Stevens (New York), St. Clair Thompson (London), Coen (Wien), Moure (Bordeaux), Sendziak (Warschau), Natier (Paris), Ziem (Danzig), Guye (Amsterdam) sind zu Ehrenmitgliedern der Western Opthalmologic and Oto-Laryngological Association ernannt worden.

Joseph O'Dwyer-Stiftung.

Dem Journal of Laryngology entnehmen wir, dass in den Vereinigten Staaten eine Bewegung ins Werk gesetzt worden ist, die das Andenken des Schöpfers der modernen Intubation Dr. Joseph O'Dwyer für alle Zeiten lebendig erhalten soll. Es wird beabsichtigt, die Summe von 30000 Dollars zu sammeln, deren Zinsen zu zwei Stipendien bestimmt sind, welche alle zwei Jahre amerikanischen Aerzten verliehen werden sollen, die sich während dieser Zeit mit originalen Forschungen auf dem Gebiete der Kinderheilkunde zu beschäftigen haben. Der Sammlung soll ein internationaler Charakter verliehen werden.

Neues italienisches Specialjournal.

Dr. R. Borgoni (Neapel) beabsichtigt ein neues italienisches Specialjournal für Laryngologie, Otologie und Rhinologie herauszugeben. Ob wohl ein Bedürfniss dafür besteht, die ohnehin schon übergrosse Zahl der Specialjournale noch weiter zu vermehren und die Kenntnissnahme einschlägiger Arbeiten zu erschweren?

Italienische Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

Die vierte Sitzung dieser Gesellschaft findet in Rom im October 1899 statt: das genaue Datum ist noch nicht bekannt gegeben. Zur allgemeinen Discussion sind die Themata gestellt:

1. Wege und Arten der Verbreitung der Infection der Paukenhöhle und des Warzenfortsatzes (Einführender: Prof. Camillo Poli, Genua).
2. Ueber die Physiopathologie der Nn. olfactorii (Einführender: Prof. Vittorio Grazzi, Pisa).

3. Parasyphilitische und postsyphilitische Kehlkopfaffectionen (Einführender: Prof. A. Trifiletti, Neapel).

Ausserdem soll in einer Sitzung das Thema: „Der Titel als Specialist in der Oto-Rhino-Laryngologie“ besprochen werden.

Geschäftliche Mittheilungen, Anmeldungen von Vorträgen etc. sind an Dr. V. Garzia, 6 Via Maddaloni a Toledo, Napoli zu richten.

Die italienischen Referate des Centralblatts.

Wir sind unseren Lesern eine Erklärung der Thatsache schuldig, dass seit fast vier Jahren die laryngologische Literatur Italiens im Centralblatt kaum vertreten gewesen ist. In der Decembernummer des Jahrgangs 1897 theilten wir mit, dass unser damaliger Mitarbeiter Herr Toti auch in jenem Jahre durch andauernde Kränklichkeit verhindert gewesen sei, seinen Verbindlichkeiten gegen das Centralblatt in vollem Umfange nachzukommen. Statt seiner trat Dr. Damieno als italienischer Mitarbeiter ein und erklärte sich auf den Wunsch der Redaction bereit, wenigstens die wichtigsten rückständigen italienischen Referate früherer Jahre nachzuholen. Leider aber ist auch er trotz wiederholter dringendster Erinnerungen nicht in der Lage gewesen, diesem Versprechen, wie den sonstigen regelmässigen Mitarbeiterpflichten nachzukommen und scheidet jetzt aus dem Verbande des Centralblattes aus. Wir sind nunmehr gezwungen, von dem sonst in diesem Blatte befolgten Princip: zu Mitarbeitern womöglich Angehörige des betreffenden Landes zu wählen, abzugehen und wird Dr. Donelan (London) in Zukunft die Berichte über die italienischen laryngologischen Arbeiten liefern. Wir wollen diese Mittheilung nicht schliessen, ohne Herrn Prof. Massei, der sich bei dieser, wie bei früheren Gelegenheiten auf das Liebenswürdigste bemüht hat, dem Centralblatt einen italienischen Mitarbeiter zu erhalten, für seine Freundlichkeit den besten Dank auszusprechen.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, August. 1899. No. 8.

I. Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

(Nach einem am 2. April 1899 vor der Versammlung süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg gehaltenen Vortrag.)

Von

Felix Semon.

(Schluss.)

Welches ist die gegenwärtige Sachlage und was soll an die Stelle derselben gesetzt werden?

In diesem Augenblick besitzen wir nach den geschilderten harten Kämpfen bei den internationalen Congressen zwei gesonderte unabhängige Abtheilungen: eine laryngologische und eine otologische Section. Diese Einrichtung ermöglicht es sowohl dem reinen Laryngologen, wie dem reinen Otologen, der diese Congresse und ähnliche Veranstaltungen hauptsächlich der wissenschaftlichen Arbeit halber besucht, die ganze Arbeitszeit in nutzbringender Weise zu verwenden, während diejenigen Collegen, welche sich sowohl der Laryngologie wie der Otologie befleissigen, die Auswahl hinsichtlich des Besuches der einen oder der anderen Section haben. Wir können in dieser Möglichkeit nur einen Vorzug, ganz und gar aber keine Beeinträchtigung erblicken: wird es doch — sit venia comparationi — keinem Gasthaus, das eine Mittagsmahlzeit zu festen Preisen verabfolgt, als Uebelstand angerechnet, wenn es seinen Gästen die Auswahl unter den Speisen lässt! — Wenn hiergegen eingewendet werden sollte, dass der Vergleich nicht recht passe, einmal, weil bei dem abwechselnden Besuch beider Sectionen kostbare Zeit verloren gehe, zum anderen weil gleichzeitig auf der

Tagesordnung beider Sectionen wichtige Fragen stehen könnten, an deren Discussion manche Collegen theilzunehmen wünschen dürften, so lautet die natürliche Antwort hierauf, dass sich beide Uebelstände mit einem klein wenig guten Willens und geschickter Anordnung fast gänzlich vermeiden lassen (wir werden uns am Schlusse dieses Artikels ganz bestimmte Vorschläge in dieser Beziehung erlauben), dass aber keiner derselben so tiefgehende principielle Veränderungen erfordere, wie es die Verschmelzung beider Sectionen in eine einzige bedeutet.

In Wirklichkeit aber gehen die Ansprüche wenigstens eines Theiles der Fusionsfreunde viel weiter, als dass sie mit einem Compromiss zu erledigen wären. Wiederholt hat der Schreiber dieser Zeilen bei privater Besprechung dieser Frage zu hören bekommen: „Ja, wenn ich zu einem internationalen medicinischen Congress oder zu einer ähnlichen Veranstaltung gehe, so will ich an allem theilnehmen, was mich interessirt“. Wie man sieht, ist es nicht der Geist des „Lebens und Lebenlassens“ oder des „do ut des“, der solche Gesinnungen beseelt, sondern derjenige des „Va-t-en que je m'y mette“ oder der des reinen, unverhüllten Egoismus. Denn wenn derjenige, der sich zu diesen Gesinnungen bekennt, einen Augenblick darüber nachdächte, was die Gewährung seiner Forderungen für diejenigen seiner Specialcollegen bedeutet, welche seine Ansichten über die innere Zusammengehörigkeit der beiden Specialitäten nicht theilen, so müsste er selbst sehen, dass, damit er alles zu geniessen bekommt, die Gegenpartei die volle Hälfte ihrer Arbeitszeit verliert!

Selbst wenn man die ganze Frage nur von dem niederen Niveau persönlicher Interessen behandeln wollte, so dürfte es begreiflich sein, dass diejenigen, welche dermaassen an die Wand gedrückt werden sollen, sich auf's Lebhafteste gegen diesen unliebsamen Process wehren.

Aber wir verschmähen es, eine Frage, die eine viel höhere Bedeutung für die gedeihliche Entwicklung unserer Specialität hat, mit dem Maassstabe kleinlicher persönlicher Interessen zu messen. Weit über solchen steht das Interesse unserer Specialwissenschaft selbst, und nur vom Standpunkt dieses Interesses möchten wir die ganze Frage entschieden sehen. Legt man sich aber die Frage vor: Ist es im Interesse der Rhino-Laryngologie, dass sie bei medicinischen Zusammenkünften der genannten Art mit der Otologie in eine einzige Section verschmolzen wird? — so kann die Antwort unseres Erachtens nach nur in dem Sinne erfolgen, dass die gegenwärtigen Einrichtungen beibehalten werden sollten.

Diese Behauptung kann leicht bewiesen werden.

Die internationalen medicinischen Congresse werden gegenwärtig alle drei Jahre einmal abgehalten. Die Dauer jedes derselben beträgt eine Woche, d. h. die Eröffnung erfolgt gewöhnlich am Montag und am Sonnabend wird die Versammlung geschlossen. Am Montag pflegt nur Nachmittags eine kurze Sitzung für die Constituirung der Sectionen, die Eröffnungsreden der Sectionspräsidenten und die Erörterung geschäftlicher Angelegenheiten abgehalten zu werden, denen sich höchstens die Discussion einiger kurzer Vorträge anschliesst, und am Sonnabend muss die Sectionsarbeit vor Beginn der allgemeinen Schlusssitzung, d. h. schon am frühen Vormittag beendigt werden. Es bleiben daher nur vier volle und höchstens zwei halbe Arbeitstage für die wissenschaftliche Arbeit in den Sectionen.

Nimmt man nun die Arbeitszeit der Section auf 6 Stunden pro Tag an — mehr wird man, wie schon früher einmal bemerkt (VII, 85), bei solchen Gelegenheiten wohl kaum je leisten können — so kommt eine Gesammtarbeitszeit von 30 Stunden heraus.

Nun hat die praktische Erfahrung uns einmal über das andere bei diesen Congressen darüber belehrt, dass schon jetzt, d. h. wo die Laryngologie und die Otologie getrennt tagen, es nur mit grösster Mühe möglich ist, das sich bei diesen Gelegenheiten darbietende Material innerhalb der gegebenen Zeit zu bewältigen. Die Zahl der angemeldeten Vorträge steht gewöhnlich ganz ausser Verhältniss zur Gesammtarbeitszeit, zumal wenn — wie dies von Rechtswegen sein sollte und auch stets bei diesen Gelegenheiten beherzigt worden ist — der Hauptnachdruck auf die allgemeinen Discussionen gelegt wird. Oft genug haben die interessantesten Debatten eingeschränkt werden müssen, hat wichtigen Vorträgen überhaupt keine Discussion folgen können, nur um Alles, das angemeldet und angenommen worden war, zur Verhandlung kommen zu lassen; oft genug haben die Laryngologen des bewirthenden Landes ihre eigenen Vorträge zurückgezogen, um es den Gästen zu ermöglichen, ihre Vorträge zu halten; oft genug ist trotzdem Unzufriedenheit derer laut geworden, welche meinten, ihre Mittheilungen hätten ein besseres Schicksal verdient, als in athemloser Eile abgehaspelt zu werden. Wir haben diese Frage in fast jedem unserer Berichte über die laryngologischen Sectionen der internationalen Congresse eingehend erörtert und können unsere Leser hinsichtlich der Einzelheiten auf diese, stets unter dem frischen Eindruck der Verhandlungen verfassten Berichte verweisen.

Wenn nun trotz solcher, immer erneuter Erfahrungen gegenwärtig der Wunsch nach einer Verschmelzung der laryngologischen und otologischen Sectionen laut wird, so bedauern wir dies im Interesse der Sache selbst. Denn die unabweisliche erste Folge der Erfüllung dieses Wunsches würde die Verminderung unserer ohnehin schon knappen Arbeitszeit um die volle Hälfte, wenn nicht um mehr, sein! Naturgemäss müsste das Bureau einer combinirten laryngo-otologischen Section, an welches, wie sich beinahe mit Sicherheit voraussagen lässt, in Folge der Ueberfülle des angebotenen Materials ganz unerfüllbare Forderungen herantreten werden, um zunächst dem Vorwurf der Parteilichkeit vorzubeugen, die zur Verfügung stehende Zeit in genau gleichen Verhältnissen zwischen laryngologischen, rhinologischen und otologischen Discussionen und Vorträgen vertheilen, und da ebenso naturgemäss im Rahmen eines allgemeinen Congresses weder die Zahl noch die Dauer der Sitzungen vergrössert werden kann, so würde die Zahl der allgemeinen laryngologischen Discussionen voraussichtlich auf zwei solche, die gesammte, laryngologischen Vorträgen und Discussionen gewidmete Zeit auf etwa 10 Stunden herabgesetzt werden müssen!

Und diese, lächerlich geringe Zeit, die uns einmal alle drei Jahre zur Verfügung gestellt würde, sollte zu einer internationalen Aussprache über — wir wollen gar nicht sagen: alle, aber auch nur einige wenige der wichtigsten schwebenden laryngologischen Fragen genügen? — —

Wir denken, dass auf dem Boden dieses praktischen Gesichtspunktes wir alle, soweit auch unsere Meinungen über die Principienfrage auseinandergehen

mögen, uns vereinigen können und sollten, um in einer solchen Verminderung unserer Arbeitszeit eine schwere Schädigung der wissenschaftlichen Interessen unserer Specialität zu erblicken, die durchaus vermieden werden sollte!

Denn, vergessen wir es nicht: die internationalen medicinischen Congresse bieten für uns, d. h. für die Laryngologen, die einzige Gelegenheit zu einer wirklich allgemeinen Aussprache und Verständigung. Es ist in manchen Kreisen beinahe zur Mode geworden, über die wissenschaftliche Seite dieser grossen Congresse zu spötteln, die Zusammenkünfte als wissenschaftliche „Carnevals" zu bezeichnen, den Werth der in ihnen abgehaltenen Discussionen zu bezweifeln und dgl. mehr. Ob dieser Skepticismus im Allgemeinen berechtigt ist, wollen und haben wir hier nicht zu untersuchen; dass er für die laryngologischen Sectionen derjenigen Congresse, die der Schreiber dieser Zeilen besucht hat, keine Berechtigung hat, kann er mit vollster Ueberzeugung versichern. Denn die laryngologischen Sectionen haben jederzeit ihren Schwerpunkt nicht in dem geselligen, sondern in dem wissenschaftlichen Theil der Zusammenkünfte gesucht; sie haben ernst und erfolgreich gearbeitet; es sind in ihnen die wichtigsten, zur Zeit schwebenden Fragen unseres Gebietes ihrer Lösung näher geführt, Gegensätze ausgeglichen oder gemildert, Verständigungen angebahnt, Uebertreibungen auf ihr richtiges Mass zurückgeführt, neue Gesichtspunkte eröffnet worden. Wer sich erinnern kann, wie, — um nur einige der wichtigsten Dinge zu nennen — die Fragen der Behandlung der Kehlkopftuberculose, des Kehlkopfkrebses, der Posticuslähmung, der nasalen Reflexneurosen, der Intubation des Kehlkopfs, der acuten infectiösen Halsentzündungen, der Photographie des Kehlkopfs, der Durchleuchtung der Nebenhöhlen der Nase, der centralen und peripheren motorischen Innervation des Kehlkopfs, der Pachydermie, der Nebenhöhleneiterungen — in den laryngologischen Sectionen der internationalen medicinischen Congresse gefördert worden sind (manche derselben, wie die Frage der Behandlung der Kehlkopftuberculose, methodisch von einem Congress zum andern), der wird dankbar zugestehen müssen, dass die betreffenden Verhandlungen Marksteine in unserer fortschreitenden Erkenntniss gerade der wichtigsten Dinge dargestellt haben, dass es jammerschade wäre, wenn uns die einzige Gelegenheit, uns über sie in internationalem Kreise auszusprechen, verkümmert werden sollte! —

Denn immer und immer wieder müssen wir es betonen, dass die internationalen medicinischen Congresse für uns Laryngologen die einzige Gelegenheit zu solcher Aussprache darstellen! Nachdrücklichst muss an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass durch die Verschmelzung der laryngologischen mit der otologischen Section die speciellen Interessen der Laryngologie viel schwerer beeinträchtigt werden würden, als die der Otologie! — Die Otologen haben immer noch ihren dreijährigen otologischen Specialcongress, an den sich die Neuerungssucht bisher nicht herangemacht hat, und der ihnen Gelegenheit giebt, sich in aller Ruhe über die sie speciell interessirenden Fragen im internationalen Kreise von Sachverständigen auszusprechen; wir Laryngologen haben, wenn uns unsere Sectionsthätigkeit verkümmert wird, absolut nichts dergleichen! — Und ein weiterer praktisch ebenso wichtiger Umstand kommt hinzu: Wie uns wiederholt von maassgebendster otologischer Seite gesagt worden ist, hat seit der Grün-

dung der otologischen Specialcongresse der Besuch und die Thätigkeit der otologischen Sectionen der allgemeinen internationalen Congresse quantitativ und qualitativ empfindlich gelitten. Das heisst mit anderen Worten: Während bisher die laryngologischen Sectionen alles geleistet haben, was man von ihnen vernünftiger Weise erwarten kann und während sie nur unter der Ueberfülle des Materials gelitten haben, soll ihnen jetzt ihre kostbare Zeit um die Hälfte oder mehr verkürzt werden, damit das Princip einer gleichmässigen Behandlung beider Specialitäten unter allen Umständen gewahrt bleibe, obwohl der Schwerpunkt der otologischen Interessen sich anscheinend von den allgemeinen internationalen Congressen abgewendet hat! — —

Es gehört nicht viel Prophetengabe dazu, um mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit voraussagen zu können, dass die Erfüllung der Fusionswünsche zunächst die Folge haben dürfte, dass die combinirte oto-laryngologische Section ihre Anziehungskraft für viele Führer auf beiden Gebieten einbüssen würde. Wem sie wirklich zu Gute kommen würde, ist uns unverständlich.

Ueberhaupt muss der Schreiber dieser Zeilen an dieser Stelle freimüthig bekennen, dass ihn die ganze Bewegung an nichts so sehr erinnert, als an die Parabel vom Schlachten der Henne, welche die goldenen Eier legte! — Nach vielen harten, immer wiederholten Kämpfen um die Gleichberechtigung unserer Specialität mit anderen haben wir endlich eine Stellung erlangt, innerhalb deren Rahmen wir anerkannt Tüchtiges geleistet und uns wohl gefühlt haben, während ihre Organisation die Bewunderung und den Neid anderer Zweige erregt hat. Noch ist diese Stellung, wie die Vorgänge bei dem letzten und bei dem bevorstehenden Congress gezeigt haben, eine nichts weniger als gesicherte, da erwächst ihr eine neue Gefahr aus der Mitte der Specialisten selbst. Es soll eine Vereinigung geschaffen werden, die Vielen der Erfahrensten und um den Fortschritt beider Fächer Verdientesten nicht innerlich geboten erscheint, deren Erfüllung beide Specialitäten die Hälfte ihrer an sich knapp bemessenen Zeit berauben und den Besuch der Verhandlungen voraussichtlich stark beeinträchtigen würde. Ist das räthlich? — Und weitere Folgen lassen sich mit grosser Wahrscheinlichkeit voraussehen. Sollten sich jemals die Angehörigen beider Specialitäten mit überwiegender Majorität für eine solche Vereinigung bei den internationalen Congressen aussprechen, so wird sicherlich die Bewegung nicht an dieser Stelle stehen bleiben! — Ersparungsbedürftige Finanzminister werden logisch folgerichtig schliessen, dass, da ja die Angehörigen beider Specialitäten selbst eine Verschmelzung wünschten, das Bestehen getrennter Professuren, Assistentenstellen, Kliniken und Polikliniken für Laryngologie und Otologie ein durchaus überflüssiger Luxusartikel sei, und werden demgemäss, auch an den grössten Universitäten, die entsprechenden Veränderungen vornehmen. —

Auch ein solcher Schritt mag vielleicht den Vorkämpfern der neuen Richtung durchaus wünschenswerth erscheinen; wie viele von ihnen aber sind darauf vorbereitet, noch weiter zu gehen und Verschmelzungen zu befürworten, die sich in durchaus absehbarer Ferne an die laryngo-otologische Fusion anschliessen dürften? Schon heute wird behauptet, dass volle $^2/_3$ aller Augenleiden von der Nase bedingt seien. Wenn diese Behauptung auch vorläufig noch nicht mit dem-

selben Enthusiasmus aufgenommen worden ist, wie die gleiche, die Abhängigkeit der Ohren- und Kehlkopfleiden von der Nase betreffende, so kann es doch keinem Zweifel unterliegen, dass zwischen Nase und Augen wichtige Berührungspunkte bestehen. Da es nun zum Gesetz erhoben zu werden scheint, dass, wo irgendwo Berührungspunkte in einzelnen Kapiteln bestehen, eine allgemeine Verschmelzung und specialistische Betreibung beider Fächer die nothwendige Folge sein muss, so dürfte wahrscheinlich, wenn nicht gegenwärtig das Wort: „Principiis obsta“ befolgt wird, in weiteren 5 oder 10 Jahren ebenso lebhaft wie jetzt gefordert werden, dass die mittlerweile constituirte oto-laryngologische Section mit der ophthalmologischen in eine einzige verschmolzen werde und dass die mit Nothwendigkeit sich ergebenden weiteren Folgerungen für Lehren, Lernen, Praxis und Hospitalthätigkeit mit logischer Nothwendigkeit gezogen werden müssten! Sind die Herren Rhinologen präparirt, diese Schlussfolgerung zu ziehen? Es ist das Characteristische solcher Bewegungen, dass die „Girondisten“ nicht darauf zu rechnen pflegen, dass ihnen „La Montagne“ folgt!

Vermuthlich werden einige Theoretiker auch vor diesem Schritte nicht zurückschrecken und es im Gegentheil als einen Fortschritt begrüssen, dass aus der Mitte der Specialisten selbst Versuche gemacht würden, der übermässigen Specialisirung entgegenzutreten. Nach der Ansicht des Schreibers dieser Zeilen aber bedeutet die ganze Bewegung eine „Reductio ad absurdum“ unserer ganzen Existenzberechtignng! — Der Specialismus ist ein Uebel, gewiss, aber ein nothwendiges! Nicht einer Mode folgend, wie so vielfach behauptet wird, hat er sich herausgebildet, sondern weil die Kunst zu lang, das Leben zu kurz geworden ist, als dass die Mehrzahl der Aerzte dasjenige, was die Medicin unserer Tage darstellt, nach allen Richtungen hin mit gleicher Virtuosität beherrschen könnte. Gewiss muss man sich vor den Gefahren zu grosser Zersplitterung, zu grosser Engherzigkeit hüten; aber wenn man nunmehr den Versuch macht, Dinge, zu deren gründlicher Beherrschung im Einzelnen die Fähigkeiten und die Thatkraft des Durchschnittsspecialisten ausreichen, auf einen viel weiteren Umfang auszudehnen, so wird das voraussichtliche Resultat eher einer Verflachung als einer Vertiefung der Einzelkenntnisse gleichkommen! — Die Schlange beisst sich in den Schwanz: Das ist die Charakteristik der von uns bekämpften Bewegung! — —

Einen Ausweg giebt es nun, die streitenden Ansichten mit einander zu versöhnen und zum mindesten übereilte Schritte zu verhindern, die sich später nur mit Schwierigkeit, vielleicht gar nicht rückgängig machen liessen: Man lasse die beiden Sectionen, wie bisher getrennt bestehen, lasse sie aber in solchen Fragen, die voraussichtlich die Kehlkopfärzte ebenso wie die Ohrenärzte interessiren werden, d. h. in pharyngo-rhinologischen Fragen, gemeinschaftliche Sitzungen abhalten.

Persönlich stehen wir, wie wir freimüthig bekennen wollen, diesem Auswege ohne sonderliche Sympathie gegenüber. Theoretisch sind solche gemeinschaftlichen Sitzungen recht hübsch, praktisch haben sie sich unserer allerdings beschränkten Erfahrung nach wenig bewährt. Schon im Anfang dieses Artikels ist des verunglückten Versuchs gedacht worden, in Kopenhagen die beiden Sectionen

bei zwei Gelegenheiten zusammen tagen zu lassen. — Lebhaft erinnert sich der Schreiber dieser Zeilen weiterhin eines Besuches, den er einer laryngo-otologischen Gesellschaft in fremdem Lande vor einigen Jahren abstattete. Als er das Sitzungszimmer betrat, bot sich ihm ein merkwürdiges Bild: Der Präsident sass mit leidendem Gesichtsausdruck auf dem erhöhten Präsidentenstuhl; unterhalb seines Platzes stand der Vortragende, der einen längeren Vortrag aus seinem Manuscript ablas; auf den Zuhörerbänken sassen 8—10 Herren, die in so lauten Zwiegesprächen begriffen waren, dass die Stimme des Vortragenden, um den sich augenscheinlich Niemand kümmerte, vollständig übertönt wurde. Auf die erstaunte Frage des Gastes, was das bedeute, antwortete der College, der ihn freundlichst eingeführt hatte: „O, das ist nur ein otologischer Vortrag; der interessirt die Meisten nicht. Nachher haben wir Vorträge von allgemeinerem Interesse; da wird sich die Sitzung schon füllen und man wird auch aufmerksamer zuhören". So war es auch! — — Das belehrendste Beispiel aber von den Schwierigkeiten, welche erwachsen, wenn man nicht innerlich zusammengehörige Dinge um jeden Preis unter einen Hut bringen will, erlebte der Schreiber dieser Zeilen im vorigen Jahre. Man hatte ihm die Ehre angethan, ihn um seinen Rath bezüglich eines geeigneten Gegenstandes für eine allgemeine Discussion zu fragen, die im Schoosse der combinirten oto-laryngologischen Section der British Medical Association stattfinden sollte, welche im vorigen Jahre in Edinburgh tagte. Da den Sectionssitzungen 3 Tage gewidmet waren, so nahm er an, dass an einem Tage eine speciell laryngologische, am zweiten eine dito rhinologische und am dritten eine dito otologische allgemeine Discussion beabsichtigt würde und schlug als Thema für die erstgenannte vor: „Die gegenseitigen Beziehungen und der relative Werth experimenteller Forschung und klinischer Erfahrung in der Laryngologie". Das Thema wurde gut geheissen, gegen seinen dringenden Rath aber dahin erweitert, dass es auch die Rhinologie und Otologie einschliessen sollte, um besondere allgemeine Discussionen in den beiden letztgenannten Unterabtheilungen fortfallen lassen zu können. Vergebens gab er zu bedenken, dass die Fragen, um welche es sich mit Bezug auf dieses gegenseitige Verhältniss in den 3 Unterabtheilungen handle, welche in der Section vereinigt waren, innerlich so verschieden seien, dass eine fruchtbringende Discussion unmöglich erwartet werden könne, weil sich die Gesichtspunkte und Ausführungen sicherlich zersplittern würden; es blieb bei dem gefassten Beschlusse. Der Erfolg erwies nur zu deutlich die Berechtigung der ausgesprochenen Befürchtungen. Obwohl der College, welcher es übernommen hatte, den rhinologischen Theil der Discussion einzuführen, am Erscheinen verhindert war und auch sein Referat nicht eingesandt hatte, so dass nur der laryngologische und der otologische Theil des Themas verhandelt wurde, gingen die Fragen, die von den beiden Einführenden angeregt wurden, dermaassen auseinander, dass das Resultat für die Zuhörer geradezu verblüffend war. Es ist keine Uebertreibung zu sagen, dass, wenn die Neurologen und die Gynäkologen eine gemeinsame Sitzung gehalten hätten und je 2 Redner abwechselnd über die Localisation des Gesichtsinns und die Totalexstirpation des Uterus gesprochen hätten, die Discussion kein heterogeneres Gepräge hätte tragen können, als dies in unserer Section der Fall war. Zunächst entstand, nachdem das zweite Referat

beendigt war, ein äusserst peinliches, gewiss 10 Minuten anhaltendes allgemeines Schweigen, dann sprach der eine von diesem, der andere von jenem Punkte, der ihn speciell in den einleitenden Reden interessirt hatte, die wirklich zur Discussion stehende Grundfrage aber kaum berührte und das Resultat war ein äusserst unbefriedigendes, wie sich jedermann überzeugen wird, der den Originalbericht in Brit. Med. Journ. 1898, Vol. II, p. 1220 u. ff. nachlesen will. — Wir haben die Episode hier ausführlicher mitgetheilt, weil sich mit Sicherheit voraussehen lässt, dass die gemachte Erfahrung öfters sich wiederholen wird, wenn man gemeinsame Discussionen in Fragen erzwingen will, die einen innerlichen Zusammenhang nicht besitzen. Immer aber werden wir doch nicht über adenoide Vegetationen discutiren können! — Beiläufig sei erwähnt, dass die zweite allgemeine Discussion der combinirten oto-laryngologischen Section in Edinburgh einer Besprechung der „Bedeutung der Ohrenkrankheiten für die Lebensversicherung“ gewidmet war, zu welcher sich unsere Section mit der Lebensversicherungssection verbunden hatte. Am 3. Tage fand überhaupt keine allgemeine Discussion im Schoosse unserer Section statt.

Erfahrungen solcher Art sind selbstverständlich nicht sehr ermuthigender Natur. Doch wollen wir gern zugeben, dass ihre Anzahl eine zu geringe ist, um auf dieselbe hin ein abschliessendes Urtheil zu fällen. Auch mögen sie vielleicht exceptionell ungünstig gewesen sein. Ferner verkennen wir auch nicht, dass es unzweifelhaft wenigstens einige Fragen giebt, in welchen die Interessen beider Specialitäten durchaus parallel laufen und in denen es geradezu bedauerlich wäre, wenn zufällig bei einer und derselben Congresssitzung über sie in beiden Sectionen getrennt discutirt würde. Wir denken dabei natürlich in erster Stelle immer wieder an die adenoiden Vegetationen, doch giebt es ja auch andere Fragen, wie die der nasalen Reflexneurosen, des Einflusses intranasaler Verstopfung auf ferner gelegene Bezirke u. s. w., die sich mit Vortheil in gemeinschaftlichen Sitzungen besprechen lassen. Will man es also nicht bei den bestehenden Einrichtungen, unter denen wir uns wohl befunden und Tüchtiges geleistet haben, bewenden lassen — was uns persönlich unzweifelhaft das Wünschenswertheste zu sein scheint — so mache man immerhin den Versuch, bei im Uebrigen getrennten Bestehen der beiden Sectionen eine Anzahl von gemeinschaftlichen Sitzungen für die Besprechung von Fragen von voraussichtlich gemeinsamem Interesse stattfinden zu lassen. Eine solche auf freiem Uebereinkommen der beiden Sectionen beruhende und nicht principiell verpflichtende Vereinigung würde den Vorzug einer praktischen Prüfung der Frage seitens beider Theile haben, ohne unsere so schwer errungene Stellung dauernd zu vernichten. Bewährt sie sich, so lässt sie sich leicht allmählich zu einer dauernden ausdehnen; entspricht sie nicht den gesetzten theoretischen Erwartungen, so können wir zu unserer gegenwärtigen Einrichtung zurückkehren, ohne von neuem die wenig erfreulichen Kämpfe bestehen zu müssen, die im Eingang dieses Artikels geschildert worden sind.

Es dürfte sich also vielleicht empfehlen, wenn die zweite Frage, die wir im Eingange dieses Artikels zur Discussion in den Specialgesellschaften vorschlugen, folgendermaassen präcisirt würde:

1. Sollen die bestehenden Einrichtungen, d. h. das Bestehen je einer selbst-

ständigen und unabhängigen vollen Section für jede der beiden Specialitäten aufrecht erhalten bleiben?

2. Soll bei selbstständigem Bestehenbleiben je einer laryngologischen und otologischen Section es als eine Instruction für die Organisationscomités beider Sectionen gelten, dieselben behufs Discussion von Fragen von voraussichtlich gemeinsamem (d. h. rhino-pharyngologischem) Interesse gemeinschaftlich tagen zu lassen, während speciell laryngologische und speciell otologische Dinge in getrennten Sitzungen verhandelt werden?

3. Soll die laryngologische mit der otologischen Section in eine einzige combinirte Section verschmolzen werden?

Würde die dritte dieser Fragen von der überwiegenden Majorität der Interessenten bejahend beantwortet werden, so würde sich selbstverständlich die Minorität fügen müssen. Wären die Ansichten etwa gleich getheilt oder wäre auch nur eine sehr erhebliche Minorität gegen die Verschmelzung, so sollten nach der Ansicht des Schreibers dieser Zeilen die Dinge — wenigstens vorläufig — beim Alten bleiben oder doch der vorgeschlagenen praktischen Prüfung unterzogen werden; denn darüber kann doch wohl kaum ein Zweifel sein, dass die Anhänger der bestehenden Einrichtungen viel schwerer von der vorgeschlagenen Aenderung berührt werden, als die Fürsprecher der letzteren von dem Fortbestehen der gegenwärtigen Einrichtungen! — Immerhin aber ist dies eine Frage, über welche es bei eventueller bedeutender Meinungsverschiedenheit innerhalb der einzelnen specialistischen Gesellschaften selbst sehr wünschenswerth wäre auch andere Stimmen zu vernehmen, als die des Schreibers dieser Zeilen und eventuell directe Instructionen zu erhalten.

Sollte die erste oder die zweite der vorgeschlagenen Fragen die Mehrzahl der Stimmen erhalten, so würde sich hieran sofort als durchaus für den praktischen Erfolg beider Sectionen erforderlich die Instruction an die Laryngologen und Otologen desjenigen Landes, in welchem der nächste internationale Congress abgehalten wird, anzuschliessen haben: dass sie mit allen Kräften darauf hinwirken müssten, schon in dem vorbereitenden Organisationscomité des Congresses in Gestalt je eines Repräsentanten vertreten zu sein! — Diese Einrichtung würde nicht nur verhindern, dass immer wieder von neuem Versuche gemacht würden, uns unserer so schwer erkämpften Stellung zu berauben, sondern auch weiterhin die Gewähr bieten, dass bei der so wichtigen Frage der Bestimmung der Sitzungslocalitäten die Interessen derjenigen Collegen, welche sich sowohl mit Otologie wie mit Laryngologie beschäftigen, gebührend berücksichtigt werden. Denn wir verkennen keinen Augenblick die Berechtigung der Klage, dass bei mehr als einem der bisherigen Congresse die Sitzungsräume der beiden Specialitäten soweit von einander entfernt gewesen sind, dass die Frequentanten beider mit dem „Hin- und Herstürzen zwischen den Sitzungszimmern“ kostbare Zeit verloren haben. Dem aber lässt sich leicht genug abhelfen, wenn bei der Frage der Vertheilung der Sitzungsräume sofort von den Repräsentanten beider Sectionen der Wunsch nach Zutheilung benachbarter Räume ausgedrückt wird. — Auch im Uebrigen wird es sich sicherlich empfehlen, mag sich nun die Majorität für die erste oder die zweite der beiden vorgeschlagenen

Eventualitäten entscheiden, dass die Sectionsbureaus beider Specialitäten in jeder Beziehung, zumal aber bei der Ansetzung der Tagesordnungen Hand in Hand gehen; wie es denn auch, selbst wenn die Dinge so blieben wie bisher, durchaus nicht ausgeschlossen wäre, dass gelegentlich gemeinsame Sitzungen beider Specialitäten stattfinden.

Es wird nunmehr an den Laryngologen und Otologen selbst sein, ihre Entscheidung zu treffen. Das Centralblatt wird gern bereit sein, diese Entscheidungen zu registriren und ihre Ergebnisse zum Schlusse zusammenzustellen. Er erbittet sich zu diesem Zwecke directe und authentische Mittheilungen von den Vorsitzenden resp. Schriftführern derjenigen Gesellschaften, in welchen die gemachten Vorschläge besprochen und entschieden sein sollten.

Den Anfang hat die Versammlung süddeutscher Laryngologen gemacht, welche, nachdem der Schreiber dieser Zeilen die im ersten und letzten Theile dieses Artikels ausgedrückten Ansichten entwickelt hatte und nachdem Prof. Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.) sich ebenfalls für eine Trennung von Laryngologie und Otologie ausgesprochen hatte, in ihrer am 2. April 1899 zu Heidelberg abgehaltenen Sitzung einstimmig folgende Resolution annahm: „Dass die Versammlung der Ansicht sei, dass Laryngologie und Otologie bei internationalen Congressen und ähnlichen Anlässen in selbstständigen, von einander getrennten Sectionen vertreten sein sollten“.

Die Präsenzliste der Versammlung wies folgende Namen auf:

1. Schäfer (Neustadt a. H.). 2. Jurasz (Heidelberg). 3. Seifert (Würzburg). 4. Krieg (Stuttgart). 5. Weener (Mannheim). 6. Müller (Altenburg, S.-A.). 7. Hoffmann (Dresden). 8. Schulz (Danzig). 9. Aronsohn (Ems-Nizza). 10. Klemperer (Strassburg i. E.). 11. Paterson (Cardiff). 12. Reinhard (Duisburg). 13. Schantz (Ems). 14. Lieven (Aachen). 15. Blumenfeld (Wiesbaden). 16. Matthias (Landau). 17. P. Th. L. Kan (Leiden). 18. H. Müller (Heidelberg). 19. Magenau (Heidelberg). 20. Fischer (Colmar i. E.). 21. Buss (Darmstadt). 22. Klingel (Elberfeld). 23. Thilenius (Soden). 24. Filbry (Coblenz). 25. Moxter (Wiesbaden). 26. Pröbsting (Wiesbaden). 27. Th. Barth (Dresden). 28. v. Wild (Frankfurt a. M.). 29. Ziegelmeyer (Langenbrücken). 30. Zintl (Marienbad). 31. Cahn (Mannheim). 32. Kahn (Würzburg). 33. Schmidt (Würzburg). 34. Hasslauer (Würzburg). 35. O. Betz (Heilbronn). 36. C. Schuhmacher II. (Aachen). 37. Markwald (Giessen). 38. Betz (Mainz). 39. Neuberger (Frankfurt a. M.). 40. Scherpf (Kissingen). 41. Felix Semon (London) als Gast. 42. Apt (Ems). 43. Killian (Worms). 44. Avellis (Frankfurt a. M.). 45. Winckler (Bremen). 46. M. Schmidt (Frankfurt a. M.). 47. Siebenmann (Basel). 48. Fischenich (Wiesbaden). 49. Rosenfeld sen. (Stuttgart). 50. Rosenfeld jun. (Stuttgart). 51. Schwager (Kaiserslautern). 52. Marcuse (Mannheim). 53. Siegele (Heidelberg). 54. Kasbaum (Strassburg). 55. Neugass (Mannheim). 56. v. Geyer (Freiburg i. B.). 57. Hedderich (Augsburg). 58. Killian (Freiburg i. B.). 59. Eulenstein (Frankfurt a. M.). 60. Brauer (Heidelberg). 61. Bettmann (Heidelberg). 62. E. Helbing (Nürnberg). 63. Wiegmann (Heidelberg). 64. Jöngst (Saarbrücken). 65. Jens (Hannover).

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **Paul Koch. Klinische Mittheilungen. (Faits cliniques.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 9. September 1898.*

K. berichtet über einen Fall von Fremdkörper im Oesophagus, einen Fall von Adductoren-Contractur im Verlauf von Influenza, über Ulcerationen auf der Zunge bei epileptischen Anfällen, 2 Fälle von Coryza diphteritica mit reichlichem nasalen Ausfluss ohne Pseudomembranen.

E. J. MOURE.

2) **Jukowski. Ueber den Einfluss der Gehirnrinde und der subcorticalen Ganglien auf die Athmung. (O wlijanii mosgowoi kori i podkorkowich uslow na dichanije.)** Dissertat. St. Petersburg. 1898.

J. abstrahirt seine Folgerungen aus Experimenten, die er an 44 Thieren ausführte. Die Arbeit ist eine sorgfältige. Der Autor fand an der Gehirnoberfläche 3 Punkte, welche Einfluss auf die Athmung haben und dieselbe wahrscheinlich unter dem medullären Centrum reguliren.

1. Die äussere vordere Partie der Pars praecruciata der Sigmoidalwindung ruft bei Reizung Beschleunigung hervor.

2. Die Reizung an der Grenze zwischen Pars praecruciata und Frontallappen — tiefe Athembewegung und bei Verstärkung des Reizes sogar Stillstand der Inspirationsphase.

3. Die Reizung im vorderen Drittel der 2. Grundwindung ein wenig nach vorn von der Vereinigungsstelle der 2. und 3. Grundwindung: Verlangsamung resp. Stillstand in der Exspirationsphase.

Bei längerer Dauer der Reizung hört die Wirkung auf, und die Athmung geht wieder wie gewöhnlich vor sich.

P. HELLAT.

3) **A. Fränkel. Zur pathologischen Anatomie des Bronchialasthmas.** *Zeitschr. f. klin. Medicin. XXXV. 1898.*

F. fand in seinem Falle einen Desquamationscatarrh der feineren und mittleren Bronchien, bei dem eine so massenhafte Abstossung cylindrischer Epithelien in das Innere der kleinen Luftröhrenäste stattfand, dass deren Lumen dadurch vollkommen verschlossen wurde. Es besteht kein Zweifel, dass dadurch die enorme Dyspnoe während des Anfalls z. Th. mit bedingt wurde. Jene beträchtlichen Epithelmengen stammten in der That aus den kleineren Bronchien.

Nach länger bestehendem Asthma findet man Erweiterung der feineren Bronchialäste, Verdickung und Infiltration ihrer Wandungen, sowie abnormen Gefässreichthum derselben. Aber die Absonderungsproducte der Bronchiolen im Anfalle differiren je nach der Art des Einzelanfalls.

Gute Dienste leisten im Anfalle subcutane Injectionen von Hyoscin. hydrobrom. bis zu 0,006—0,008.

A. ROSENBERG.

4) **v. Noorden** (Frankfurt a. M.). **Behandlung des Asthma bronchiale.** Vortrag in der 70. Vers. deutsch. Naturforsch. u. Aerzte zu Düsseldorf. — *Wiener med. Presse. No. 42. 1898.*

v. N. weist darauf hin, dass man bei typischem Asthma bronch. gute, manchmal vortreffliche und langandauernde Heilerfolge durch Atropin erzielen kann und macht auf diese mit Unrecht ganz in Vergessenheit gerathene Behandlung aufmerksam. Anfangs pro die $^1/_2$ mgrm innerlich, jeden dritten Tag wird um $^1/_2$ mgr gestiegen, bis 4 mgr pro die erreicht sind, sodann wieder zurück zur Anfangsdosis. Dauer der Behandlung 4—6 Wochen. Eventuell eine zweite schwächere Kur.

CHIARI.

5) **Ad. Ebner. Ueber luetischen Primäraffect an den oberen Luftwegen.** *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. XLIV. 1898.*

Bei 191 aus der Litteratur zusammengestellten Fällen fand sich als Sitz des Primäraffects die Nase in 14,6 pCt., der Nasenrachen in 12,50 pCt., der Rachen in 72 pCt., die Nasenhöhle in 3,1 pCt., die Nasenlöcher (? Ref.) in 1,5 pCt., die Nasenwurzel in 0,5 pCt., die Nasenflügel in 4,2 pCt., das Nasenseptum in 2,1 pCt.

Die Gaumenbögen waren in 1 pCt. befallen, die hintere Rachenwand und die Uvula in je 0,5 pCt., die rechte Tonsille in 13,6 pCt., die linke in 11,5 pCt., beide zusammen in 3,1 pCt.

Die Geschlechter sind ziemlich gleich betheiligt.

A. ROSENBERG.

6) **Kaposi. Ueber Miliartuberculose der Haut und der angrenzenden Schleimhäute.** *Arch. f. Dermat. u. Syphilis. XLIII. 1898.*

Nichts Neues.

A. ROSENBERG.

7) **Schäffer. Ueber die Verbreitung der Leprabacillen von den oberen Luftwegen aus.** Aus der dermatol. Univers.-Klinik zu Breslau. — *Arch. f. Dermatol. und Syphilis. XLIV. 1898.*

Beim Sprechen, Räuspern, Husten und Niesen gelangen zahlreich Bacillen in die Luft aus der zumeist ergriffenen Schleimhaut der oberen Luftwege.

Die Eintrittspforte bei der Infection ist in auffallend grosser Zahl mit grosser Wahrscheinlichkeit die Nasenschleimhaut.

A. ROSENBERG.

8) **Menzel** (Wien). **Pemphigus der oberen Luftwege.** Wiener med. Club. Sitzung vom 16. November 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 49. 1898.*

M. untersuchte die Auflagerungen, die dem Platzen der Blasen folgen, histologisch und constatirt, dass dieselben lediglich aus Fibrin und reichlich eingelagerten mono- und polynucleären Leukocyten bestehen, also echte Exsudatmembranen sind. Es handelt sich in dem untersuchten Falle um chronischen Pemphigus in Nase, Mund, Rachen und Kehlkopf, dessen Verlauf die Annahme bestätigt, dass es einen Pemphigus ohne Blasenbildung nicht giebt.

CHIARI.

9) **M. Sänger. Subjective Dyspnoe als Symptom trockener Catarrhe der Nasen-, Rachen- oder Kehlkopfschleimhaut. (Subjective dyspnoea a symptom of dry catarrh of the nasal, pharyngeal or laryngeal mucous membrane.)** *N. Y. Med. Record. 19. November 1898.*

Die Kranken klagen über ein Gefühl von Athemnoth, als ob sie nicht genug Luft einathmeten, zugleich mit einem Gefühl von Verschluss in der Nase oder im Hals. Wird die Trockenheit der oberen Schleimhäute beseitigt, so verschwindet auch diese subjective Dyspnoe. Der Verfasser erklärt sie durch die verringerte Feuchtigkeit der Schleimhäute und die herabgesetzte Sensibilität der Nervenendigungen, welche nicht die correcte Empfindung für das Maass der inspirirten Luft haben.

LEFFERTS.

10) **G. P. Dixon** (Brisbane, Queensland). **Ein Fall von Hypertrophie der Thymusdrüse, unter Drucksymptomen tödtlich endigend. (A case of hypertrophy of the thymus gland causing fatal pressure symptoms.)** *Australian Medical Gazette. 20. December 1898.*

6jähriges Kind, das stets bei Anstrengung kurzathmig war und seit Jahren an einem kurzen Husten litt, legte sich Abends in seinem gewöhnlichen Zustande zu Bett und wurde am nächsten Morgen plötzlich bewusstlos. Ohne Besinnung und in äusserster Cyanose wurde es ins Hospital gebracht, wo es nach sechs Stunden starb.

Bei der Section fanden sich die Organe gesund. Die Thymusdrüse war stark hypertrophirt und füllte das ganze obere Mediastinum aus, bis zum Pericard, mit dem sie verwachsen war. Sie drückte auf den Aortenbogen und andere Gefässe. Eine Druckatrophie oder sonstige Erkrankung war übrigens weder an der Aorta noch an der Pulmonararterie, noch an der Trachea nachweisbar.

A. J. BRADY.

11) **Faisans** (Paris). **Ueber die Tachycardie bei Tuberculösen.** *Wiener medicin. Presse. No. 51, 52. 1898.*

Die Unstetigkeit des Pulses bei Tuberculosen ist einer der wichtigsten Charactere dieser Erkrankung. Es resultirt daraus eine prognostische Anzeige von grösster Wichtigkeit und ergeben sich speciell hygienische Verhaltungsmaassregeln, auf die Verf. des Näheren eingeht.

CHIARI.

12) **W. Bittner** (Prag). **Ueber Arrosionsblutungen aus grossen Gefässstämmen.** *Prager med. Wochenschr. No. 32, 33, 36, 37. 1898.*

Eine Arbeit von vorwiegend chirurgischem Interesse.

CHIARI.

13) **E. Stein** (Auscha). **Ein Beitrag zu: Ueber Arrosionsblutungen aus grossen Gefässstämmen.** *Prager med. Wochenschr. No. 41. 1898.*

Ein Fall von tödtlicher Blutung aus der Carotis externa in Folge Arrosion durch einen Abscess der Parotis.

CHIARI.

14) **Raewski. Zur Behandlung der Actinomykose mit Jodverbindungen. (O letschenii aktinomikosa iodistimi soe dineninui.)** *Med. obosrenie. No. 1. 1898.*

R. machte Versuche an den Reinculturen und fand, dass $^1/_8$ proc. Jod-

natriumlösung die Entwickelung der Pilze hemmte, $1/_2$ proc. Lösung ganz aufhob. Aehnliches hält er auch im Körper für wahrscheinlich. P. HELLAT.

15) **Hirschkron** (Wien). **Zur Therapie der Trigeminusneuralgie.** *Wiener med. Presse. No. 49. 1898.*

In frischen Fällen leisten meist Antineuralgica gute Dienste, wenn dies nicht der Fall, faradische Pinselungen der Schmerzstelle. In chronischen Fällen Bromidia, Badecuren und diätetische Behandlung. CHIARI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **J. Homer Coulter. Prophylaxe bei Nasen- und Halskrankheiten. (Prophylaxis in nose and throat diseases.)** *N. Y. Medical News. 21. October 1898. N. Y. Med. Record. 29. October 1898.*

Verf. bespricht den Einfluss der Kleidung auf die oberen Luftwege, die Bedeutung der Erkältung u. a. m. Adenoide, Polypen, Deviationen des Septums etc. müssen sobald als möglich entfernt werden, wenn sie die physiologische Action der betreffenden Theile hindern. Uebertriebene chirurgische Eingriffe aber sind ebenso schädlich, als ein zu grosser Conservativismus. Der Maassstab für die Indication und die Ausdehnung aller chirurgischen und sonstigen Behandlung liegt in der grösseren oder geringeren Functionsstörung. LEFFERTS.

17) **Ayrton** (London). **Ueber den Geruch.** *Wiener med. Blätter. No. 41—43. 1898.*

Im Gegensatze zur allgemeinen Annahme geht aus den Untersuchungen A's. hervor, dass Metalle an sich keinen Geruch haben, event. muss vorher irgend eine chemische Action stattfinden. — Weiter behauptet A. unter Anderem, dass die rasche Verbreitung eines Geruches weniger durch Diffusion der Riechsubstanz als durch die Luftbewegung zu Stande kommt. CHIARI.

18) **Brindel. Vorläufige Mittheilung über die Pathogenese der nasalen Hydrorrhoe. (Note préliminaire sur la pathogénie de l'hydrorrhée nasale.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 51. 18. December 1898.*

Verf. hält auf Grund seiner Untersuchungen an hydrorrhoischen Schleimhäuten zur Zeit der Krise wie während der Zwischenzeiten die Hydrorrhoe grösstentheils nicht für eine secretorische Function, sondern für einen Transsudationsvorgang, bei dem das Blutserum durch die Maschen des submucösen Gewebes durchspritzt. Verf. traf glanduläres Gewebe nur sehr spärlich. Es handelt sich also um eine Art Oedem der Schleimhaut mit unmittelbarer Excretion des flüssigen Extravasates. E. J. MOURE.

19) **Lope Carrälero** (Madrid). **Ueber Coryza bei den Brustkindern als frühzeitiges Zeichen der hereditären Syphilis und ihre Unterscheidung von den anderen Rhinitiden des Kindesalters. (Del coriza en los ninnos de peche como**

signo precoz de la sifilis hereditaria y su diferenciacion con los demás rinitis de la infancia.) *La Oto-Rino-Laringologia Espannola. No. 6. 1898.*

Verf. stellt die Coryza als eine der constantesten, in der Mehrzahl der Fälle zuerst auftretende und manchmal sogar einzige frühzeitige Manifestation der hereditären Syphilis hin. Die Diagnose ist schwierig, wenn keine anderen Symptome vorhanden sind, jedoch muss bei einer hartnäckigen eitrigen Rhinitis immer an jene Ursache gedacht und die allgemeine specifische Behandlung eingeleitet werden.

R. BOTEY.

20) **R. v. Rimscha. Ueber chronischen Schnupfen.** Vortrag, geh. auf d. X. livländ. Aerztetag. — *St. Petersb. med. Wochenschr. No. 46. 1898.*

Die Ueberschrift sagt mehr, als im Vortrage enthalten ist.

P. HELLAT.

21) **P. L. Peläcz** (Granada). **Die polymorphen Rhinitiden. (Las rinitis polimorfas.)** *Oto-Rino-Laringologia Espannola. No. 3. 1898.*

Verf. versteht unter polymorphen Rhinitiden diejenigen Erkrankungen der Nasenhöhlen, welche sich durch Hypertrophie, Atrophie, begrenzte oder ausgebreitete krankhafte Veränderung der Secretion, ulceröse oder polypöse Wucherungen der Schleimhaut kennzeichnen. Nach K. giebt es chronische polymorphe Rhinitiden. Die Verletzungen der Nasenscheidewand, die pathologischen Veränderungen des cavernösen Gewebes der Muscheln und die häufigen acuten Nasencatarrhe sind nach P. die Hauptursache der chronischen Rhinitiden. Die Behandlung muss vor allem eine chirurgische sein.

R. BOTEY.

22) **Warnecke** (Berlin). **Rhinitis pseudomembranacea mit Bildung eines Fibrintumors im Nasenrachen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 8. H. 3. 1898.*

Die ziemlich chronisch verlaufende Krankheit hatte zur Auflagerung fibrinöser Membranen auf der hinteren hyperplastischen Partie der rechten mittleren Muschel, sowie zur Entwicklung eines wallnussgrossen, frei in den Nasenrachenraum hineinragenden, ganz aus Fibrin bestehenden Tumors geführt. Die oberflächlichen Membrantheile enthielten Kokken, die tieferen Theile aber erwiesen sich als steril. Die hyperplastischen Theile der Muschel und der Tumor wurden mit der kalten Schlinge abgetragen; die Heilung verlief reactionslos; eine Wiederbildung der Membranen fand nicht statt.

F. KLEMPERER.

23) **Cholewa** und **H. Cordes. Zur Ozaenafrage.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 8. H. 1. p. 18. 1898.*

Im ersten Theil der umfangreichen Arbeit giebt Cholewa ein Referat über die bisherigen Anschauungen über die Pathologie der Ozaena. Der zweite Theil enthält einen Bericht über 4 von Cordes mikroskopisch untersuchte Ozaenafällen, sowie eine grössere Anzahl nicht-ozaenöser Nasenerkrankungen. Theil 3, der die „Schlussfolgerungen" aus diesen Untersuchungen zieht, ist von Cholewa bearbeitet.

Die Verfasser sehen in den fettigen Degenerationen, die bei der Ozaena konstatirt werden, nichts Charakteristisches; fettige Zustände sind auch bei Nasenaffectionen ohne Foetor und Atrophie constant vorhanden. Das Wesentliche des

pathologischen Vorgangs erblicken sie vielmehr in einem selbstständigen und primären Schwund des Knochens. Durch den Knochenprocess wird die Blutzufuhr zur Schleimhaut gestört; die Atrophie derselben ist eine secundäre, desgleichen der Gestank, der durch Bakterien vermittelt wird.

Die inhaltreiche Arbeit lässt sich im Referate nicht erschöpfend wiedergeben: Interessenten seien auf das Original verwiesen.

F. KLEMPERER.

24) **B. Meisser** (Olten). **Chomaeprosopie, ein ätiologisches Moment für manifeste Ozaena (Rhinitis atrophica foetida).** Dissert. Basel. 1898. *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 8. p. 533. 1898.*

M. stellt kurz die bisherigen Anschauungen über das Wesen und die Aetiologie der Ozaena zusammen und berichtet dann über die Resultate der craniometrischen Untersuchungen, die er auf der Klinik von Prof. Siebenmann (Basel) an 40 Ozaena-Kranken vorgenommen hat. Er fand, dass Rhinitis atrophica foetida in der Regel nur bei Breitgesichtern (Obergesichtsindex unter 50) sich findet. Da es ausgeschlossen ist, dass die Chomaeprosopie die Folge der Ozaena ist, und da M. in zwei Fällen von Ozaena unilateralis bei der mikroskopischen Untersuchung der Nasenschleimhaut aus der scheinbar gesunden Nasenhälfte eine Metaplasie des Nasenepithels fand, wie sie bisher als Folge lange bestehender Eiterung galt, stellt er den Satz auf:

„Für das Zustandekommen des klinischen Bildes der Rhinitis atrophica foetida müssen in der Hauptsache 2 Factoren zusammen wirken, nämlich

1. Epithelmetaplasie der Nasenschleimhaut,
2. Chomaeprosopie resp. weite Nasenhöhlen.

Diese beiden Faktoren stehen unter sich in keinem causalen Zusammenhang, sondern sind — wahrscheinlich auch die Metaplasie — angeboren; wo aber der eine der beiden Factoren fehlt, da fehlt auch das charakteristische klinische Bild der Ozaena."

F. KLEMPERER.

25) **Franz Bruck** (Berlin). **Zur Therapie der genuinen Ozaena. Bemerkungen zu Dr. Hugo Hecht's Arbeit: Zur therapeutischen Verwerthung der Elektrolyse in Nase und Nasenrachenraum.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VIII. H. 1. p. 206.*

26) **Hugo Hecht** (Freiburg). **Erwiderung auf vorstehende Arbeit.**

27) **Franz Bruck. Entgegnung auf vorstehende Erwiderung.** Ebenda. *p. 210 und 215.*

Br. hält die Electrolyse für eine schmerzhafte und umständliche Behandlung und sieht nach wie vor in der permanenten Tamponade die „bis jetzt erfolgreichste und daneben auch noch die unschädlichste und für den Patienten angenehmste und einfachste Behandlungsart der genuinen Ozaena."

H. wendet Bruck gegenüber ein, dass auch das frische durch die Tamponade angeregte Secret ebenso, wie das alte eingetrocknete, das durch den Tampon wieder verflüssigt wird, den charakteristischen Geruch besitzt, dass also der Foetor durch die Tamponade nicht verhindert wird; ferner dass es nur in den seltensten Fällen möglich ist, die gesammte erkrankte Schleimhaut mit dem Tampon in Contact

zu bringen. Bruck's Therapie ist eine palliative und rein symptomatische. Ohne in der Kupfer-Electrolyse ein Specificum zu erblicken, glaubt H. doch, dass die von ihm empfohlene Therapie der Electrolyse in Verbindung mit regelmässigen Nasendouchen der Anforderung, die an eine rationelle Therapie zu stellen ist, dass sie causal wirkt, am nächsten kommt.

F. KLEMPERER.

28) **Thomas** (Marseille). **Die Ozaena und ihre Behandlung mittelst der Kupferelektrolyse beim Kinde. (Ozène et électrolyse cuprique chez l'enfant.)** *Congrès de Gynécologie et de Pédiatrie de Marseille. 8.—15. October 1898.*

Th. verwendet diese Therapie seit 3 Jahren und hält sie nach seinen Resultaten für die beste der bisher empfohlenen Behandlungsmethoden. Dieselbe kommt aber schwer in Aufnahme, weil sie schmerzhaft ist und die Chloroform-Narkose erfordert.

PAUL RAUGÉ.

29) **Gouguenheim** u. **Lombard. Die interstitielle Kupfer-Elektrolyse bei Ozaena. (De l'électrolyse interstitielle cuprique dans l'ozène.)** Aus der oto-laryngolog. Abtheilung des Hôpital Lariboisière. — *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 11. November 1898.*

Die Verf. behandelten 30 Kranke nach der Methode von Cheval, Brindel etc.; über 7 Fälle berichten sie ausführlich. Ein aufmerksames Studium dieser 7 Krankengeschichten gestattet uns nicht den Schluss zu theilen, den die Verf. ziehen, dass die Electrolyse den üblen Geruch der Ozaenösen verschwinden lässt.

E. J. MOURE.

30) **Lermoyez. Ein Fall von syphilitischem Schanker der Nasenscheidewand mit pseudo-sarcomatösem Typus. (Un cas de chancre syphilitique de la cloison nasale à type pseudo-sarcomateux.)** *Annales des malad. de l'or. etc. No. 12. December 1898.*

Die Diagnose des Falles machte verschiedene Stadien durch; Verf. dachte an Verdickung des Septum cartilaginosum, Rhinitis fibrinosa unilateralis, Perichondritis, schliesslich an Sarcom, ehe er zur Erkenntniss eines Primäraffects kam.

E. J. MOURE.

31) **Bernoud. Tertiäre Syphilis der Nasenhöhlen. (Syphilis tertiaire des fosses nasales.)** *Thèse de Lyon. 1898.*

Verf. berichtet über eine grosse Anzahl neuer Fälle (37) und knüpft daran eine schöne Studie über die Erscheinung der tertiären Syphilis an. Dieselbe tritt 4—20 Jahre nach dem primären Schanker ein und äussert sich unter dem Bilde der gummösen Geschwulst, der localen Infiltration und der difusen Infiltration. Die letztgenannte Form ist die häufigste und charakteristischste. Beim weiteren Vorschreiten des Processes kommt es zu Geschwürs- und Sequesterbildung und zu beträchtlichen Zerstörungen, deren Folge unheilbare Deformirungen der Nase sind.

B. betont die Bedeutung der frühzeitigen Diagnose und der energischen Behandlung.

A. CARTAZ.

32) **Silberstein** (Nakel). **Beitrag zur Tuberculose der Nase und des lymphadenoiden Rachengewebes.** Dissert. Greifswald. 1898.

Kurzer Bericht über zwei Fälle von Nasentuberculose. In einem weiteren Falle konnte durch die Rhinoscopia posterior aus dem klinischen Bilde allein die Vermuthungsdiagnose auf tuberculöse adenoide Vegetationen gestellt werden. Es handelte sich um einen 21jährigen Studenten, der lange Zeit an Anschwellungen der supraclavicularen Drüsen gelitten hatte. Die Rachentonsille erschien an der Oberfläche uneben, zerklüftet, in den Buchten und Recessus eingetrocknetes, gelbliches wie verkästes Secret. Die Wucherungen wurden abgetragen, die Untersuchung des Secretes auf Tuberkelbacillen fiel positiv aus. SEIFERT.

33) **G. Sticker** (Giessen). **Ueber den Primäraffect der Acne, des Gesichtslupus, der Lepra und anderer Krankheiten der Lymphcapillaren.** Vortrag in der 70. Vers. deutsch. Naturforsch. u. Aerzte in Düsseldorf. — *Wiener med. Presse. No. 42. 1898.*

St. weist auf die grosse Häufigkeit des Primäraffectes obiger Krankheiten in der Nasenschleimhaut hin und regt diesbezügliche weitere Beobachtungen an.

CHIARI.

34) **J. Batko** (Krakau). **Chronische Rotzinfection bei einer Bauernfamilie.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 40. 1898.*

Interessant an dieser Abhandlung ist schon die Vorgeschichte der Ansteckung. indem es trotz aller Vorschriften noch möglich war, dass in einem Stalle durch 3 Jahre rotzkranke Pferde gehalten wurden. Beim Vater, als dem Erstinficirten, äusserte sich die Krankheit vorwiegend in Abscessbildung. Als zweites Familienmitglied erkrankte das jüngste Kind unter dem Bilde von Eczema scrophulosum introit. nas. — Bald hierauf auch die Mutter und das ältere Kind, letzteres unter Erscheinungen eines eitrigen Nasencatarrhes. — B. wandte Malleïninjectionen an, doch war die Beobachtungsdauer zu kurz, um hierüber ein Urtheil abgeben zu können. CHIARI.

35) **Walter A. Wells. Ueber die Beziehung der Nase zu den Hautkrankheiten. (On the relation-ship of the nose to diseases of the skin.)** *N. Y. Medical Journal. 15. October 1898.*

Verf. schliesst seine interessante Arbeit mit folgenden Sätzen: „Man sieht oft auf der Haut Eruptionen, deren Ursache und Ursprung dunkel und schwer zu bestimmen ist. Ich bin weit davon entfernt, alle diese Fälle auf pathologische Vorgänge in der Nase zurückzuführen. Aber wenn man weiss, dass viele Hautaffectionen reflectorisch entstehen und dass die Nase in ganz hervorragendem Maasse eine Quelle reflectorischer Erscheinungen ist, so empfiehlt es sich wohl, in allen solchen Fällen, welche die erwähnten charakteristischen Zeichen darbieten und welche anderen therapeutischen Maassnahmen widerstehen, die Nase auf das sorgfältigste zu untersuchen." LEFFERTS.

36) **A. Roche. Nasenbluten und ein einfaches Behandlungsmittel desselben. (Epistaxis, a simple method of treatment in some cases.)** *Brit. Med. Journ. 10. December 1898.*

Die Application heisser Aufschläge auf den Nacken hilft in vielen Fällen; Verf. erwähnt den Fall einer alten Dame, die er so behandelte.

ADOLPH BRONNER.

37) **Codina Castellol** (Barcelona). **Behandlung der Epistaxis. (Tratamiento de las epistaxis.)** *Revista de Medic. y Cirug. practic. No. 577. 1898.*

Aufzählung einer langen Reihe von der Mehrzahl nach bekannten Mitteln zur Bekämpfung der Epistaxis mit Berücksichtigung ihres ursächlichen Momentes.

R. BOTEY.

38) **De Lapersonne. Ueber einige Aeusserungen der Nebenhöhlenentzündungen in der Orbita. (De quelques manifestations orbitaires des sinusites.)** *Presse médicale. 7. Mai 1898.*

Die Stirnhöhlenentzündungen sind oft von Erscheinungen seitens der Orbita begleitet und zwar:

a. die acuten Sinusentzündungen von intensiven neuralgischen Schmerzen oder Abscessen;

b. die chronischen von Fisteln, die manchmal sehr hartnäckig sind.

Der Verf. betont weiter die häufige Rückwirkung der Kieferhöhlenentzündungen auf die Keilbeinhöhle und auf die Siebbeinzellen, die beide wieder mit orbitalen Erscheinungen complicirt sein können.

PAUL RAUGÉ.

39) **Jocqs. Complicationen seitens der Augen bei Stirnhöhlenentzündung. (Complications oculaires de la sinusite frontale.)** *Presse méd. 30. November 1898.*

J. stellt die hauptsächlichsten Augenerkrankungen, die in Verbindung mit Stirnhöhlenempyem vorkommen, zusammen und berichtet über folgenden Fall.

52jähriger Mann klagt über Gesichtsneuralgie und eine Sehstörnng, die mit Schwindelanfällen einhergeht. Die Untersuchung der Augen ergiebt Astigmatismus, jedoch keine Sehstörung bei isolirter Prüfung jedes Auges und keine Veränderung am Hintergrund. Sobald aber beide Augen zusammen functioniren, macht sich eine Störung bemerkbar; es besteht gekreuztes Doppelsehen durch Insufficienz des rechten Musc. superior.

Beim Suchen nach der Ursache dieser Störung constatirt J. eine chronische Coryza mit linksseitiger Stirnhöhlenentzündung. Luc untersucht den Patienten und findet in beiden Stirn- und beiden Kieferhöhlen Eiter. Operation am 9. Juli. Am 2. August wird der Kranke geheilt entlassen; die Sehstörung ist völlig beseitigt.

A. CARTAZ.

40) **Fein. Ueber Eiterungen der Nebenhöhlen.** Wissenschaftl. Verein der k. u. k. Militärärzte der Garnison Wien, 12. März 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 28. 1898.*

Kurzer Vortrag. F. bespricht die Aetiologie, die Symptome und die Behandlung.

CHIARI.

41) **M. Lermoyez** (Paris). **Die Diagnose und Behandlung der acuten Entzündungen der Gesichtsnebenhöhlen; zum Gebrauch für Nicht-Rhinologen. (Diagnostic et traitement des sinusites aigues de la face à l'usage des non-rhinologistes.)** *Presse méd. 16. Februar 1898.*

Man sieht ziemlich häufig acute Nebenhöhlenentzündungen, die durch das brüske Auftreten einer Naseneiterung und durch neuralgische Schmerzen charakterisirt werden. Bei rechtzeitigem Eingreifen der Therapie gelingt nicht selten die abortive Heilung derselben. L. empfiehlt Inhalation von Menthol und warme Umschläge.

PAUL RAUGÉ.

42) **W. Lamb. Die Diagnose der Nasennebenhöhleneiterungen. (The diagnosis of suppuration in the accessory cavities of the nose.)** *Birmingham Medical Review. December 1898.*

Ein zusammenfassender Bericht über die Symptomatologie der Sinuserkrankungen. Der Arbeit sind einige Abbildungen nach Zuckerkandl beigegeben.

ADOLPH BRONNER.

43) **Henry L. Swain. Acute Stirnhöhlenentzündung. (Acute frontal sinusitis.)** *N. Y. Medical Record. 21. October 1898.*

S. stellt fest, dass dies Leiden seit den wiederholten Grippeepidemien häufiger geworden ist; da wiederholte Attacken die Widerstandskraft herabzusetzen pflegen, so dürfte es in Zukunft leicht noch häufiger werden. — Der Grund dafür, dass die Infection in einem Fall die Nebenhöhlen afficirt, im anderen nur einen acuten Schnupfen erzeugt, liegt wahrscheinlich darin, dass in den Fällen der ersten Art gewisse Veränderungen vorher in der Nase bestanden, deren Folge eine Verengerung der Abflussöffnung des Sinus war. Dadurch entsteht eine Secretretention mit ihren Folgen, Congestion, Schwellung, Hypertrophie und es sind günstige Bedingungen für die Ansiedelung und Vermehrung von Bacterien geschaffen. Die Secretion ist übrigens zu gewissen Zeiten profuser als zu anderen, wodurch wahrscheinlich die grössere Schmerzhaftigkeit der Stirnhöhlenentzündung am Morgen erklärt wird.

Verf. bespricht dann die Behandlung. Cocain soll der Arzt nur selbst anwenden, nicht dem Patienten in die Hand geben. Eher kann man demselben eine Lösung von Suprarenalextract anvertrauen. Empfohlen wird eine Combination von Cocain (4 pCt.) mit Suprarenalextract (2 oder 3 pCt.).

LEFFERTS.

44) **Gerber** (Königsberg). **Empyem der Sinus frontales mit Usur der ganzen vorderen Wand.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. VIII, 1. p. 192. 1898. Deutsche med. Wochenschr. 1898. Vereinsbeil. No. 27.*

Der Durchbruch eines Nebenhöhlenempyems durch die vordere Wand ist an sich selten; eine so totale Zerstörung der vorderen Wand bei Stirnhöhleneiterung aber, wie sie G. in seinem Falle sah, ist noch nicht bekannt. Aetiologisch wirkten wahrscheinlich 3 Factoren zusammen: Ozaena, Lues und Trauma. Der Fall wurde operativ geheilt.

F. KLEMPERER.

45) **R. H. Stewart. Ein Fall von doppelseitigem Empyem der Stirnhöhle mit nur einem Infundibulum. (A case of double empyema of the frontal sinus with one infundibulum.)** *Lancet. 10. December 1898.*

Der 29jährige Patient hatte Nasenpolypen in der linken Nase gehabt und über Stirnkopfschmerz geklagt. Nach Entfernung der Polypen war der Schmerz verschwunden, aber nach ein paar Monaten kehrte er wieder. Die linke Stirnhöhle wurde mittelst Trepan eröffnet; es fand sich eine Communication mit der rechten Stirnhöhle, die ganz von Granulationen ausgefüllt war und in der kein Infundibulum entdeckt werden konnte.

ADOLPH BRONNER.

46) **Karutz** (Lübeck). **Stirnhöhlenempyem nach galvanokaustischer Aetzung der unteren Nasenmuschel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 8. p. 555. 1898.*

Mittheilung eines Falles. 30jähriger Patient mit Otitis media und Rhinitis chronica hypertrophica dextra. Das Ohr besserte sich unter geeigneter Behandlung, ohne ganz auszuheilen. Deshalb wurde die untere Nasenmuschel mit dem Galvanokauter geätzt. Acht Tage nachher Beginn einer acuten eitrigen Entzündung der rechten Stirnhöhle, die ohne äusseren Eingriff in 2 Wochen zur Heilung kommt.

F. KLEMPERER.

47) **Furet. Empyem der Stirnhöhle mit Ableitung in die Kieferhöhle. (Empyème frontal se déservant dans le sinus maxillaire.)** *Arch. internat. de laryngol. No. 6. November-December 1898.*

Kranker mit acutem foetidem Empyem der linken Stirn- und Kieferhöhle. Die Operation der Stirnhöhle mit Auswaschungen der Kieferhöhle führte das Verschwinden der Eiterung in beiden Höhlen herbei. Der Verf. schliesst daraus, dass die Kieferhöhle gar nicht selbst erkrankt war, sondern einfach als Ablagerungsstätte für den Eiter der Stiruhöhle diente.

E. J. MOURE.

48) **L. Poisson. Fisteln der Stirnhöhle. (Fistules du sinus frontal.)** *Gazette méd. de Nantes. 24. December 1898.*

Klinische Vorlesung über einen Fall von Fistel der Stirnhöhle bei einer 64jährigen Frau, die zahlreiche Gesichtserysipele gehabt hat. Der Anfang der Stirnhöhlenentzündung, der durch Kopfweh und Schmerzen in der Stirn gekennzeichnet ist, liegt 8 Jahre zurück. Ein Abscess und die Fistel am Augenhöhlenrand entwickelte sich vor 6 Monaten. P. behandelte die Fistel durch breite Eröffnung des Sinus mit Curettement und Drainirung durch die Nase.

A. CARTAZ.

49) **Tauber. Von den Osteomen der Stirnhöhle. (O kostowikach lobnoi peschtscheri.)** *Chirurgie. No. 13. 1898.*

Tauber operirte einen Fall mit gutem Erfolg. In der Literatur hat er nur 20 Fälle gefunden, von denen 9 bei der Operation zu Grunde gingen.

P. HELLAT.

50) **Prioux** (La Rochelle). **Intracranielle Geschwulst ein Empyem der Stirnhöhle vortäuschend. (Tumeur intracrânienne simulant l'empyème du sinus frontal.)** *Congrès d'ophthalmologie. Mai 1898.*

62jähriger Patient mit Behinderuug der Nasenathmung, altem Nasenausfluss

und heftigem Stirnkopfschmerz; dabei Exophthalmus des rechten Auges. Es wurde trepanirt und ohne dass man auf eine Stirnhöhle traf, erreichte man direct die Dura mater. Es handelte sich um einen Tumor, der sich in der Gegend des Siebbeins entwickelt hatte und der alle Symptome eines Stirnhöhlenempyems darbot, während doch eine Stirnhöhle überhaupt nicht da war.

Der Verf. erinnert an das relativ häufige Vorkommen dieser Anomalie (nach Boyer 8 pCt.) und räth, stets an diese Eventualität zu denken, ehe man zur Trepanation schreitet.

PAUL RAUGÉ.

51) **Gouly. Die Diagnose des Stirnhöhlenempyems. (The diagnosis of frontal empyema.)** *N. Y. Med. News. 24. September 1898.*

G. sagt, dass das Stirnhöhlenempyem häufig übersehen wird. Er bespricht die 3 Cardinalsymptome der typischen Fälle: Schmerz an der Nasenwurzel, nasale Verstopfung und eitriger Ausfluss aus der Nase oder durch den Nasenrachen. Die Durchleuchtung kann die Diagnose unterstützen, reicht aber allein nicht zur Stellung einer Diagnose aus, zumal wenn ihr Resultat dem anderer Untersuchungsmethoden widerspricht. Beide Seiten müssen erleuchtet und verglichen werden. Selten sind beide Stirnhöhlen gleichzeitig afficirt; es setzt dies voraus, dass die Rhinitis und Obstruction doppelseitig war, was gewöhnlich nicht der Fall ist.

LEFFERTS.

52) **Golowin** (Moskau). **Operative Behandlung der Stirnhöhlenerkrankungen. (Operatiwnoe letschenie sabolewanii lobnoi pasuchi.)** *Chirurgie. August 1898.*

In einer lesenswerthen Arbeit beschreibt G. zunächst die Methoden, welche zur Behandlung des Stirnhöhlenempyems angegeben sind, und geht dann zur Mittheilung seiner eigenen Methode über. G. führt einen rechtwinkligen Schnitt über der Stirnhöhle aus. Der eine Schnitt verläuft parallel der Augenbraue, der andere in der Medianlinie der Stirn. Sie gehen durch Haut und Periost. Der Lappen wird zurückgeschlagen und der Knochen von der Basis des Hautperiostlappens durchgeschlagen, ebenso in der Medianlinie und über der Augenbraue durchgebrochen, sodass der Knochenlappen umgekehrt vom Hautperiostlappen zu liegen kommt. Dann wird die Stirnhöhle ausgeschabt und ein Drain in die Nase eingeführt. Verf. hat diese Methode in 3 Fällen versucht; die Resultate erwiesen sich kosmetisch als gut.

Die zweite Methode besteht in der Anlegung einer kleinen Trepanationsöffnung über der Augenbraue und Verbrühung der Stirnhöhle mittelst heissen Dampfes von 100° während $1-1^1/_2$ Min. Auf diese Weise gelang es G., in mehreren Fällen vollständige Verödung der Stirnhöhle herbeizuführen. In der letzten Zeit vereinigte er die Verbrühung mit der typischen Methode und hat damit gute Resultate erzielt.

P. HELLAT.

53) **R. Etiévant** (Lyon). **Ueber die Behandlung der Stirnhöhleneiterungen, speciell über die Ogston-Luc'sche Methode. (Traitement des suppurations du sinus frontal. Methode Ogston-Luc en particulier.)** *Thèse de Lyon. 1898.*

Während bei der einfach schleimigen Sinusitis die Katheterisung und Injectionen genügen, geben diese bei den fungösen Formen kein Resultat.

Die Trepanation des Sinus von der Stirn her mit Drainage durch die Nase sind in letzterem Falle anzuwenden. Verf. empfiehlt dafür die Luc'sche Methode mit unmittelbarer Vernähung der Stirnwunden. PAUL RAUGÉ.

54) **Röpke** (Solingen). **Die Radicaloperation bei chronischen Verschleimungen und Eiterungen der oberen Nasennebenhöhlen.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. VIII. p. 308. 1898.*

R. berichtet eingehend über 12 von ihm operirte Stirnhöhlenerkrankungen, von denen 11 gleichzeitig Siebbeinerkrankungen hatten; bei 5 bestand complicirende Oberkieferhöhleneiterung; die Keilbeinhöhle war in keinem Falle erkrankt. Die Patienten wurden alle geheilt. Das kosmetische Resultat war bei 11 ein gutes, theilweise vorzügliches. Im 12. Falle entstand eine ziemlich auffällige Einsenkung der Stirn; der Pat. hatte aber ganz abnorm grosse und tiefe Stirnhöhlen.

F. KLEMPERER.

55) **H. Halász** (Budapest). **Ueber die seröse Erkrankung des Sinus maxillaris.** *Wiener klin. Rundschau. No. 46. 1898.*

Bericht über 10 Fälle, in denen die Herauslassung des im Sinus maxillaris angesammelten serösen Secretes sofortige Beseitigung der lange Zeit bestandenen heftigsten Schmerzen mit sofortiger vollkommener Heilung bewirkte. CHIARI.

56) **Charles Lucius. Diagnose der Kieferhöhlenabscesse. (Diagnostic des abscès du sinus maxillaire.)** *Thèse de Paris. 1898.*

L. bespricht die verschiedenen Symptome der eitrigen Kieferhöhlen-Entzündung. Keines derselben ist pathognomonisch; nur auf ihr Zusammentreffen gründet sich die Diagnose und in zweifelhaften Fällen muss die Probepunction gemacht werden.

Die Prognose soll die Untersuchung des Eiters in Rechnung ziehen, ferner die Dauer und die Hartnäckigkeit der Eiterung, sowie das etwaige Vorhandensein von Complicationen. Nach diesen Umständen hat auch die Therapie zwischen der Perforation von der Alveole und Ausspülung oder der Eröffnung des Sinus von der Fossa canina aus und der radicalen Curettirung zu wählen. A. CARTAZ.

57) **Fritz Grossmann** (Berlin). **Beitrag zur pathologischen Histologie des Antrum Highmori.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinolog. Bd. 8. p. 350. 1898.*

Verf. fand in polypösen Wucherungen, die der Kieferhöhle eines an Empyema antri Highmori Operirten entstammten, zahlreiche hyaline Körperchen (Fuchsinkörperchen). Er führt dieselben in Anschluss an die Ansicht von Seifert und Polyak auf eine colloide Metamorphose von Rundzellen der Infiltration zurück; die Idee einer Blastomykose ist nicht haltbar.

F. KLEMPERER.

58) **W. Stewart. Cyste der Kieferhöhle. (Cyst of the maxillary antrum.)** *Brit. Med. Journal. 26. November 1898.*

32jähriger Mann, der seit 4 Jahren an einer Schwellung unter dem linken Auge mit gelegentlichen Schmerzen leidet. Vor einem Jahre war im Munde eine

Vorwölbung zu fühlen. Die Cyste wurde geöffnet; sie enthielt eine grössere Menge glasiger Flüssigkeit, in der Cholestearin-Crystalle vorhanden waren. Der Pat. genas.

ADOLPH BRONNER.

59) **J. G. Turner. Cyste der Kieferhöhle. (Cyst of the maxillary antrum.)** *Brit. Med. Journal. 1898.*

T. ist der Meinung, dass in Stewart's Fall (s. voriges Referat) eine Zahncyste und nicht eine gewöhnliche Antrumcyste vorlag. ADOLPH BRONNER.

60) **Lauwers. Fibrom des Sinus maxillaris. (Fibrome du sinus maxillaire.)** *Annales de l'Institut Saint Antoine à Courtrai. No. 1. 1898.*

Fibrom des Sinus maxillaris bei einer 30jährigen Person, welches von der Mundhöhle her mit breiter Eröffnung der Oberkieferhöhle und Zerstückelung des Tumors entfernt war.

BAYER.

61) **Gottlieb Kiaer** (Kopenhagen). **Das latente Empyem der Nebenhöhlen der Nase. (Det latente Empyem i Näsens Bihuler.)** Habilitationsschrift. Kopenhagen. 231 Ss. 1898.

Die Krankengeschichten (77 Fälle) stammen theils aus Dr. Schmiegelow's Privatklinik, theils aus der Ohren-, Nasen- und Halsklinik des Kommunehospitals in Kopenhagen. Ausserdem hat Verf. 200 Sectionen vorgenommen — der Sinus frontalis, sphenoidalis und die Cellulae ethmoidales wurden vom Cavum cranii, der Sinus maxillaris durch Wegmeisselung der vorderen Wand oder vom Boden aus eröffnet.

Von den anatomischen Bemerkungen soll hervorgehoben werden, dass der Sinus frontalis bisweilen (4 mal) durch Septa in Abtheilungen getheilt war, und dass jede Abtheilung ihren eigenen Ausführungsgang hatte. Einmal wurde im Septum frontale ein dritter Sinus frontalis gefunden. — Beide Sinus sphenoidales waren in 7 Fällen nicht vorhanden bei Individuen, die alle über 25 Jahre waren; in einem Falle fehlte der linke und in neun Fällen der rechte Sinus. — Bei einer Section fand sich der Sinus sphenoidalis durch ein horizontales Septum in zwei vollständig geschiedene Theile getheilt, deren Ausführgänge über einander lagen. In einem Falle wurde der rechte Sinus sphenoidalis von einem quergestellten Septum in zwei Abtheilungen getheilt, von welchen der hinterste keine Ausführungsöffnung hatte. Der Sinus maxillaris war in keinem Falle vollständig durch ein Septum getheilt.

Die 200 Sectionen verlieren einen grossen Theil ihres Interesses, weil man so wenig Aufklärung über die Todesursache erhält und überhaupt fast nichts darüber, woher das Sectionsmaterial stammt.

Empyem des Sinus maxillaris wurde bei 39 Individuen (davon bei 9 doppelseitig) gefunden.

Nicht purulentes Secret im Sinus maxillaris wurde bei 49 Individuen (davon bei 18 doppelseitig) gefunden.

Empyem des Sinus sphenoidalis wurde bei 29 Sectionen (7 doppelseitig) gefunden.

Nicht purulentes Secret des Sinus sphenoid: 40 (davon 14 doppelseitig).

Empyem des Sinus frontalis: 13 (davon 3 doppelseitig).

Nicht purulentes Secret des Sinus frontalis in 17 Sectionen (davon 10 doppelseitig).

Empyem der Cellulae ethmoidales in 7 Sectionen (davon 4 doppelseitig).

Nicht purulentes Secret der Cellulae ethmoidales: 33 (davon 21 doppelseitig).

Der Verf. giebt in dem klinischen Theile seiner Arbeit eine ausführliche Beschreibung der Symptomatologie, Diagnose und Behandlung des Empyems der Nasennebenhöhlen, ohne dabei neue Bahnen einzuschlagen. SCHMIEGELOW.

62) **Aug. Gilbert. Die tertiäre Syphilis der Nebenhöhlen und ihre hauptsächlichen Complicationen. (De la syphilis tertiaire des sinus et de ses principales complications.)** *Thèse de Paris. 1898.*

Die tertiäre Syphilis der Nebenhöhlen schliesst sich fast stets gummösen Knochenentzündungen in der Nase an; die Affection breitet sich durch Nekrose von Zelle zu Zelle aus. Klinisch stellt sich die Krankheit in 2 verschiedenen Formen dar, je nachdem sie auf die Nase beschränkt bleibt oder auf die Schädel- oder Augenhöhle übergreift. Die Prognose ist sehr wechselnd, je nach dem Fall; die cerebralen Complicationen bilden aber eine sehr erhebliche Gefahr, um so mehr, als ihr Verlauf manchmal ein sehr rapider ist. Der Tod kann in solchen Fällen durch Meningitis, Encephalo-Meningitis oder Sinusthrombose bedingt werden. Die specifische Behandlung muss mit Jod und Quecksilber in grossen Dosen eingreifen.

A. CARTAZ.

c. Mundrachenhöhle.

63) **Navratil. Osteoma frontis.** *Mon. f. Ohr. No. 1. 1898.*

Faustgrosse harte Geschwulst in der Mitte der Stirn, mit unebener Oberfläche, umgeben von einer anderen weichen fluctuirenden Geschwulst, welche seröse Flüssigkeit enthielt. SCHECH.

64) **F. Schultze** (Duisburg a. Rh.). **Die Behandlung des Gesichtslupus vermittelst der radicalen Exstirpation und nachfolgender Transplantation.** *Wiener klin. Rundschau. No. 37. 1898.*

Vortrag, gehalten auf dem internationalen Congress zu Moskau 1897.

CHIARI.

65) **William Moore** (Melbourne Victoria). **Zerstörung der Wange durch Cancrum oris behandelt mittelst der Tagliacoti'schen Operation. (Destruction of the cheek from cancrum oris treated by the Tagliacotian operation.)** *Intercolonial Journal of Australia. 20. October 1898.*

Der Fall betrifft ein 7jähriges Kind, bei dem der grösste Theil der Weich-

theile der rechten Gesichtshälfte durch die Erkrankung zerstört und nahezu der ganze rechte Oberkiefer als Sequester ausgestossen war. Ein grosser Hautlappen mit breiter Basis wurde am rechten Arme losgelöst. Die rohe Fläche desselben wurde nach Thiersch' Methode mit Hautstücken, die dem Schenkel entnommen waren, bepflanzt und der Lappen dann lose zurückgeschlagen. Nach einem Monat war dieser Lappen beiderseits mit Haut bedeckt und nun wurde er in der gewohnten Weise zur Ausfüllung des Defects im Gesicht verwendet. Die Basis, die den Lappen noch mit dem Arm verband, konnte nach 17 Tagen durchtrennt werden. Die Anheilung war eine glatte und das kosmetische Resultat ein zufriedenstellendes. Verf. bemerkt, dass Kinder die nothwendige Fixation des Armes anscheinend ohne besondere Unbehaglichkeit aushalten, während Erwachsene sie bisweilen unerträglich finden.

A. J. BRADY.

66) **Hugo** (Lyon). **Abtragung einer Geschwulst der Wange bei einem jungen Mädchen von 22 Jahren. (Ablation d'une tumeur de la joue chez une jeune fille de 22 ans.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. April 1898.*

Demonstration des nussgrossen Tumors, der in der Höhe der linken oberen Molarzähne sass und durch Rollet vom Munde aus abgetragen wurde.

Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Adenofibrom handelte, welches eine grosse Menge in Proliferation begriffener Epithelialzellen enthielt und wahrscheinlich von den an der Innenfläche der Wange gelegenen Speicheldrüsen abstammte.

PAUL RAUGÉ.

67) **van Engelen. Lippensyphilis und eiternde Halsdrüsenentzündung. (Syphilis labiale et adénite cervicale suppurée.)** *Journal Méd.* de *Bruxelles. No. 33. 1898.*

Der Autor sieht in dem Falle eine einfache Coincidenz, indem er die Drüsenaffection für scrophulöser Natur hält.

BAYER.

68) **Wildersinn** (Gerladesheim). **Ueber einen Fall von Telangiectasia lymphatica der Unterlippe.** Dissert. Würzburg. 1898.

Bei einer 17jährigen Dame wurde eine knotige Verhärtung an der Unterlippe entfernt, später entstanden neben der Narbe kleine Knötchen mit bläschenartiger Decke; aus diesen Knötchen sickerte ständig seröse Flüssigkeit und in der Tiefe entstand eine deutliche Verhärtung. Nachmalige Exstirpation. Histologische Diagnose Telangiectasia lymphatica, wahrscheinlich entstanden durch Stauungen des Lymphabflusses in der Cutis.

SEIFERT.

69) **Jeanbran. Epitheliom der Unterlippe behandelt und geheilt nach dem Verfahren von Cerny und Trunecek. (Epitheliome de la lèvre inférieure traité et guéri par la procédé de Cerny et Trunecek.)** *Presse méd. 26. März 1898.*

Cerny und Trunecek machten die sensationelle Mittheilung, dass Epitheliome durch Pinselung mit einer alkoholischen Lösung von Acid. arsenicosum $^1/_{150}$ und selbst $^1/_{80}$ zur Heilung gebracht werden können. Der Fall, über den J. berichtet, zeigt, dass dies Verfahren noch zur Heilung führen kann, wenn schon die Schleimhaut und die Commissur von der Ulceration ergriffen ist.

PAUL RAUGÉ.

70) **Hugh Walsham. Knöcherne und knorplige Knötchen in der Mandel. (Bony and cartilaginous nodules in the tonsil.)** *Transact. Patholog. Soc. London 1898. Brit. Med. Journal. 22. October 1898.*

W. demonstrirt die Tonsille eines 50jährigen Mannes; in der Basis derselben liegen feste knöcherne Knötchen zerstreut. In ähnlicher Weise waren knorplige Knötchen in der Mandel eines 17jährigen jungen Mannes vertheilt. Nach des Verf.'s Meinung stammen diese von den Kiemenbögen ab.

Targett erwähnte in der Discussion ein Osteom der Haut um die Schweissdrüsen und Dr. St. Clair Thomson berichtete über einen Fall, in dem das Ende eines ungewöhnlich langen Processus styloideus beiderseits in die Tonsillen hineinragte.

ERNEST WAGGETT.

71) **Jessen** (Hamburg). **Ueber die Tonsillen als Eingangspforte für schwere Allgemeininfectionen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1898. Vereinsbeil. No. 32.*

Nach einer kurzen Uebersicht über die wesentlichen Aeusserungen in der Literatur über die Frage berichtet Vortragender über 4 Fälle: Fall 1. Angina mit Streptokokken und Staphylokokken; verbunden mit universellem Exz. papulatum und Gelenkerscheinungen. Fall 2. Acute Pyaemie. Exitus. Obduction: In allen Organen frische pyaemische Heerde. Als alleinige Eingangspforte in beiden Tonsillen kleine, mit den Krypten communicirende Abscesse eruirbar. Fall 3 und 4. Anginen auf Staphylokokkus aureus und auf Streptokokkus pyogenes beruhend. Nach Verschwinden der Beläge schwere „kryptogenetische" Sepsis mit Pleuritis, Pericarditis, Nephritis, Hautblutungen, Pneumonie etc. Der erste Pat. genas; der zweite starb, es fand sich in allen Organen der Staphylok. aureus.

Weiterhin berichtet Jessen über Fälle von „Scrophulose", in denen nach Entfernung der entzündeten Rachentonsillen alle Erscheinungen rasch verschwanden.

ZARNIKO.

72) **Karageosjanetz. Die ätiologische Bedeutung der Erkrankung der Tonsillen bei einigen Krankheiten. (Ob etiologitscheskom sabolewanii w proishoshdenii nekotorich bolesnei.)** *Ejenedelnik. 23. 1898.*

Unter 43 Fällen von Angina follicularis beobachtete K. in 5 Fällen Complicationen 3 mal mit Polyarthritis acuta, 1 mal mit Pleuritis acuta und 1 mal mit Icterus.

P. HELLAT.

73) **Sargnon** (Lyon). **Ein Fall von encystirtem chronischem Abscess der rechten Mandel ohne Fistel; Eröffnung und Zerstörung mit dem Galvanokauter; Heilung ohne Recidiv. (Un cas d'abscès enkysté chronique de l'amygdale droite sans fistule; ouverture et destruction au galvano-cautère; guérison sans récidive.)** *Lyon Medical. 3. Juli 1898.*

S. theilt einen Fall mit, den er auf der Abtheilung von Garel beobachtet hat. Fälle dieser Art sind selten und erst in neuerer Zeit ist man auf sie aufmerksam geworden, bisher sind nur etwa 20 Fälle bekannt geworden.

Die Mehrzahl dieser Abscesse tritt secundär nach wiederholten Anfällen von

acuter Tonsillitis ein. In dem einzigen Fall, der bacteriologisch untersucht wurde, fand man Staphylokokken.

Diese Abscesse kommen in 2 Formen vor:

1. Als fistulöse Form, mit oder ohne Tumor, sich mehr oder weniger schwierig entleerend.
2. Als vollständig abgeschlossene cystische Form, eine einfache Hypertrophie oder noch leichter eine Cyste der Mandel vortäuschend.

Die Diagnose dieser encystirten Formen ist nicht ohne Schwierigkeiten: Die Fluctuation ist schwierig nachzuweisen und man hält den Abscess oft für einen Tumor, z. B. für ein Fibrom. Wie bei den acuten eitrigen Tonsillitiden hat man nach dem Sitz der Eiterung zu unterscheiden:

1. Tonsillären Abscess und
2. peritonsillären Abscess.

Die Affection ist eine langdauernde, sie neigt zu acuten Exacerbationen und heilt selten von selbst. Die Behandlung muss darum eine energische sein. Nach dem Vorgang seines Lehrers Garel empfiehlt S. hauptsächlich den Galvanokauter. Das Vorgehen bei der Eröffnung hes Abscesses ist etwas verschieden, je nachdem eine Fistel besteht oder nicht. Der Abscess muss breit gespalten, die Fistelgänge eröffnet werden; die Höhle wird dann mit Jodtinctur oder Zinkchlorid gepinselt.

Cartaz, Gouguenheim, Ripault betonten die Schwierigkeit, die es hat, alle Fistelgänge, die bisweilen bis in das Gaumensegel eindringen, gründlich zu zerstören.

PAUL RAUGÉ.

74) **Treitel** (Berlin). **Ueber das Wesen und die Bedeutung chronischer Tonsillarabscesse.**' *Deutsche med. Wochenschr. No. 48. 1898.*

Anknüpfend an einen eigenen und zwei aus der Literatur genauer referirte Fälle (Metzner, Jessen) betont Verf. die Bedeutsamkeit chronischer Tonsillarabscesse. Es könne von ihnen aus sich eine Entzündung auf das angrenzende Halsgewebe bis in den Brustraum fortsetzen oder es könne eine Resorption von Keimen direct ins Blut stattfinden („Kryptogene Pyämie"). Als auslösende Ursache käme am wahrscheinlichsten eine acute Angina in Betracht. Prophylactisch empfiehlt Verf. breite Spaltung acuter Tonsillarabscesse, Schlitzung von Mandelpfröpfen mit nachfolgender antiseptischer Gurgelung, Berücksichtigung etwa vorhandener Naseneiterungen.

ZARNIKO.

75) **H. v. Schrötter** (Wien). **Tonsillartumor.** Demonstration im Wiener medic. Club, 16. Februar 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 48. 1898.*

Demonstration eines nussgrossen Tumors, der mit einem kurzen Stiele dem hinteren oberen Antheile der linken Tonsille in der Weise aufsass, dass ein Theil des Stieles noch am Arcus palatopharyngeus inserirt war.

CHIARI.

76) **A. Vedel. Pseudomembranöse Angina bei Pneumonie. (Pseudomembranous angina in pneumonia.)** *N. Y. Medical Record. 31. December 1898.*

Verf. beobachtete 5 Fälle von schwerer Angina bei Kindern, die durch Pneumokokken verursacht waren. 3 Fälle hatten den erythematösen Typus; diese

heilten in 7—8 Tagen. Die beiden anderen hatten pseudomembranösen Typus; sie waren von Anfang an sehr schwer und endeten trotz Seruminjection und anderer therapeutischer Versuche letal.

LEFFERTS.

77) **Jacob Caz** (Petersburg). **Phlegmone glosso-epiglottica.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. 8. p. 374. 1898.*

Verf. beschreibt 2 Fälle von acuter phlegmonöser Erkrankung des Zellgewebes zwischen Zungenwurzel und Kehldeckel. Die Fossa glossoepiglottica war von einem Tumor ganz ausgefüllt; der Kehldeckel war hyperämisch und unbeweglich, so dass der Einblick in den Kehlkopf nicht gelang. Bemerkenswerth ist, dass in beiden Fällen die Affection einseitig war. Der eine Fall wurde tracheotomirt, der andere heilte auf einfach antiphlogistische Behandlung. Die Ursache der Erkrankung ist nicht klargestellt; möglicherweise spielte im ersten Falle ein Gelenkrheumatismus, im zweiten eine Verbrühung eine Rolle. Verf. empfiehlt eine sorgfältige Untersuchung der Fossae glossoepiglotticae in jedem Falle von Schluckbeschwerden oder Dyspnoe. Dass in seinen Fällen wirklich eine Phlegmone bestand, scheint mir nicht recht erwiesen.

F. KLEMPERER.

78) **A. Grosheintz. Ueber die Beziehungen der Hypsistaphylie zur Leptoprosopie. Ein Beitrag zur Aetiologie des hohen Gaumens.** Dissert. Basel. 1898. *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 8. H. 3. 1898.*

G. hat auf Anregung von Prof. Siebenmann (Basel) eine Reihe von Schädelmessungen vorgenommen, deren Resultate er in folgenden Sätzen zusammenfasst.

1. Mit dem hohen schmalen Gaumen (Hypsistaphylie) ist gewöhnlich auch eine allgemeine schmale Obergesichtsbildung (Leptoptrosopie) verbunden;
2. schmale Nasenhöhle (Leptorhrinie), schmale Augenhöhlen gehören in der Regel zur hochgaumigen Schädelformation;
3. Hypsistaphylie beruht in der Regel auf einer angeborenen Rasseneigenthümlichkeit des Schädels und nicht auf extrauteriner späterer Beeinflussung durch Nasenstenose.

F. KLEMPERER.

79) **O. Chiari** (Wien). **Ueber eine Modification bei Anlegung der Nähte bei der Uranoplastik behufs Schliessung erworbener Defecte.** K. k. Gesellschaft der Aerzte, 11. November 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 1. 1899.*

Es handelte sich um einen 1 cm im Durchmesser habenden runden Defect in der Mittellinie des harten Gaumens und zwar weit vorn. — Die Uranoplastik gelang mit einer angelhakenförmigen langgestielten Nadel, welche es ermöglichte, die Fäden von hinten nach vorne durchzuführen. Das Oehr befindet sich nahe der Spitze. Jederseits wurde ein eigener Faden eingelegt und die hinteren Enden dieser Fäden geknotet und der Knoten nun durch den einen Stichkanal nach vorne gezogen. So wurden 3 Nähte angelegt. Heilung.

CHIARI.

80) **Lefferts. Acute Pharyngitis. (Acute Pharyngitis.)**

Rp. Codein. 0,3
Extr. Catechu 1,8
Extr. glycyrrhizae 10,0
M. f. Massa; divide in trochisc. No. 30.

oder: Rp. Kalii chlorati 0,9
Ol. Menth. piper. gr. 2
Extr. Krameriae 0,9
Extr. glycyrrhizae 10,0
M. f. Massa; divide in trochisc. No. 30.

oder: Rp. Ammon. chlorat. 1,8
Pulv. ipecac. 0,12
Pulv. capsic. 0,03
Extr. glycyrrhizae 10,0
M. f. Massa; divide in trochisc. No. 30.

Die ersten sind in Fällen mit mässigem Schmerz zu brauchen, die zweiten bei Husten mit rauhem und reizbaren Hals, die dritten, wenn das Secret dick und zäh ist.

LEFFERTS.

81) **Redact. Notiz. Folliculäre Pharyngitis. (Follicular pharyngitis.)** *N. Y. Medical Record. 8. October 1898.*

Zur Application mittelst Wattebausch bei chronischer folliculärer Pharyngitis, Postnasalcatarrh und atrophischer Rhinitis wird empfohlen:

Jodi puri 0,18
Kalii jodati 0,3
Ac. trichloracetici 0,42
Glycerin
Aqu. destill. ana 15,0.

(Die Mischung kann auch stärker oder schwächer zusammengesetzt werden, je nach der Natur des Falles).

LEFFERTS.

82) **von Schroetter. Chronische Pharyngitis. (Chronic pharyngitis.)** *N. Y. Med. Record. 26. November 1898.*

Rp. Acid. tannici 2
Aqu. fontan. 200
Spir. frumenti
Syr. Diacodii ana 10

oder: Aluminis 3
Aqu. fontan 200
Syrup. spl. 20.

S. als Gurgelwasser zu benutzen.

LEFFERTS.

83) **Redact. Notiz. Pharyngitis sicca. (Pharyngitis sicca.)** *N. Y. Medical Record. 1. October 1898.*

Rp. Acid. carbolici 3,75
Tct. Jodi 0,30
Tct. opii 0,42
Tct. aloes gtt. X
Glycerin. 30,0.

S. 3 Mal täglich mittelst Sprays im Rachen zu appliciren.

LEFFERTS.

84) **H. Richardière** (Paris). **Die primäre Gangrän des Rachens. (Sur la gangrène primitive du pharynx.)** *Bulletin médical. 11. Mai 1898.*

Die gangränösen Anginen wurden lange Zeit als sehr häufig angesehen, zu der Zeit, als man noch die Mehrzahl der pseudomembranösen Anginen für gangranöse hielt.

Von dem Augenblick an aber, wo Bretonneau dieser Verwirrung ein Ende machte, erkannte man die thatsächlich grosse Seltenheit der primären Gangän des Rachens. Der Verf. konnte nur 13 authentische Beobachtungen dieses Leidens aus der Literatur zusammenstellen. Er fügt diesen 2 eigene Fälle hinzu, deren ausführliche Krankengeschichte er mittheilt.

Die Gangrän des Rachens kann unter mehreren Umständen eintreten:

1. Sie kann traumatischen Ursprungs sein (Verbrennung, Application von Causticis).
2. Zumeist tritt sie im Verlaufe oder als Nachkrankheit einer Infectionskrankheit auf (Masern, Scharlach, Pocken, Erysipel, Typhus, Keuchhusten, Tuberculose, Dysenterie, Diphtherie).
3. Sie kann primär sein. Ihre Aetiologie ist dann dunkel und sie kommt in diesem Falle meist bei Leuten mit vollkommen guter Gesundheit zum Ausbruch.

Die Gangrän kann diffus sein oder localisirt an gewissen Theilen des Schlundes, meist an den Mandeln.

Unter den subjectiven Symptomen sind die wichtigsten der foetide Athem, die Dysphagie und der nasale Ausfluss. Von Allgemeinsymptomen sind die Abgeschlagenheit, die Blässe, Anorexie und Verdauungsstörungen zu nennen.

Die bacteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein folgender Bacterien:

1. Leptothrix in Massen,
2. Staphylokokken, Streptokokken und Pneumokokken,
3. Tetragenusformen,
4. Diplokokken in Ketten angeordnet.

Inoculationsversuche bei Thieren mit diesen Bacterien erzeugten keine Gangrän. Alle die gefundenen Microben sind also als gewöhnliche Mundbewohner und des specifischen Charakters entbehrend anzusehen.

Die locale Behandlung bestand in Ausspülungen mit hypermangansaurem Kali ($^1/_{4000}$) und Pinselungen mit Salicylglycerin. Ausserdem wurden die gangrösen Stellen mit dem Thermocauter geätzt.

Die Allgemeinbehandlung ist in erster Linie eine tonische (Todd'sche Mischung, Champagner, Milch).

Verf. bekennt am Schlusse, dass bezüglich der Pathogenese der Krankheit sich absolut nichts Positives sagen lässt. Die Krankheit ist nicht contagiös und hat keinen specifischen Erreger; ihre Ursachen sind verschiedener Art; sie unterscheidet sich in dieser Beziehung nicht von Noma und von der Lungengangrän.

PAUL RAUGÉ.

85) **Oppenheimer** (Strassburg i. E.). **Naevus vascularis des Pharynx.** *Deutsche med. Wochenschr. 1898. Vereinsbeil. No. 38.*

27jähr. Mann, Angioma simplex der ganzen linken Gesichtshälfte und linken Halsseite bis hinab zur Mitte des Sternums. Ausserdem ist die linke Pharynxhälfte (linke Hälfte des weichen Gaumens, Gaumenbögen mit Tonsille, Lig. pharyngoepiglotticum und die linke Hälfte des Kehldeckels) von derselben Bildung eingenommen, tief dunkelroth, auf Druck erblassend. Namentlich ist das Angiom der Schleimhaut, ebenso wie das der Haut angeboren. ZARNIKO.

86) **Djagilow. Abscessus retropharyngealis nach einer Entzündung der adenoiden Wucherungen. (Abs. retroph. posle wospalenija adenoidnich wegetazi.)** *Ejenedelnik. 49. 1898.*

Der Abscess wurde mittelst einer Urethralsonde eröffnet.

Aus der Beschreibung geht der Zusammenhang, auf den die Ueberschrift hindeutet, nicht hervor. P. HELLAT.

87) **Garel** (Lyon). **Längere schmerzhafte Dysphagie hinten im Halse ein Zeichen, das die Syphilis in ihren drei Stadien zu diagnosticiren gestattet. (De la dysphagie douloureuse prolongée de l'arrière-gorge comme signe permettant de diagnostiquer la syphilis à ses trois périodes.)** Clinique de l'Hôpital Saint-Pothin. — *Semaine Médicale. 6. Juli 1898.*

Gelegentlich des Berichtes über einen Fall, den er auf seiner Abtheilung beobachtet hat, spricht G. den Gedanken wieder aus, dem er öfter schon Ausdruck gegeben hat (Lyon médical. 2. und 9. Octob. 1892 und Thèse de Carbonnier, Lyon 1894) und den er in folgenden Worten zusammenfasst:

„Ein Kranker, der länger als 3 Wochen ohne Unterbrechung an Halsschmerzen beim Schlucken leidet, darf fast in jedem Falle als syphilitisch angesehen werden."

Diese wohl ein wenig absolute Form hat Garel seinem Gedanken natürlich nur gegeben, um ihn dem Gedächtniss der Aerzte besser einzuprägen. Er verkennt gewiss nicht, dass sehr viele Halsaffectionen, wie Mandelsteine, encystirte chronische Abscesse der Mandel, Krebs, Miliartuberculose, ebenfalls längere Dysphagie verursachen; aber alle diese Krankheiten sind selten im Vergleich zu der ausserordentlichen Häufigkeit der Syphilis. Der Verf. wollte mit seinem Satze einfach sagen: Wenn ein Patient seit mehreren Wochen an Schmerzen beim Schlucken leidet, so besteht sehr grosse Wahrscheinlichkeit, dass er Syphilis hat; an Syphilis soll man deshalb in solchen Fällen an erster Stelle denken und erst wenn die Untersuchung andere Zeichen ergiebt, die Diagnose nach anderer Richtung lenken.

Die Formel, die Garel aufgestellt hat, passt übrigens nicht nur für die initialen Zeichen der Syphilis, sondern für alle 3 Stadien; besonders bei der tertiären Lues kann sie die grössten Dienste leisten.

In praktischer Hinsicht zieht Garel folgende Nutzanwendung aus seinem Satze. Er sagt den Patienten, die länger als 21 Tage an deutlicher Dysphagie leiden: „Nehmen Sie jeden Tag 4 grm. Jodkali; nach 48 Stunden wird Ihr Schluck-

schmerz vollständig verschwunden sein und in etwa 12 Tagen ist auch das Geschwür, das Sie im Halse haben, verheilt."

Wird die Garel'sche Formel überall bekannt und beherzigt, d. h. wird die Syphilis des Nasopharynx bei allen Kranken rechtzeitig der specifischen Behandlung unterworfen, dann wird man so erhebliche Zerstörungen, wie man sie jetzt oft genug beobachtet, Perforationen des Gaumensegels, Zerstörungen des Gesichts- und Nasenskeletts etc. kaum mehr zu Gesicht bekommen.

PAUL RAUGÉ.

d. Diphtheritis und Croup.

88) **Bolowkow. Ueber die Nährböden zum Zweck der Diphtheriediagnose. (O pitatelnich svedach dlja bacteriologitscheskawo diagnosa difteri.)** Dissertation. St. Petersburg. 1898.

Die Arbeit ist dem Referenten nicht zugänglich.

P. HELLAT.

89) **Bomstein. Zur Frage der passiven und activen Immunität. (K woprosy aktiwnoi i pasiwnoi immunitete.)** *R. Arichiv pathol. Bd. 5. 1898.*

B. machte Versuche an Hunden und Meerschweinchen. Seine Schlussfolgerungen fasst er folgendermaassen zusammen: Das Antitoxin verschwindet aus dem Organismus proportional der Concentration desselben. Die Dauer des Vorhandenseins des Antitoxins im Blute ist nicht proportional der eingeführten Menge; wiederholte Einführung von A. giebt bedeutend länger dauernde Immunität als eine einmal eingeführte grössere Menge.

Die Immunität bleibt längere Zeit erhalten, als im Blute Antitoxin nachgewiesen werden kann. Das A. wird scheinbar in den Geweben nicht abgelagert.

P. HELLAT.

90) **d'Astros** (Marseille). **Die antitoxische Function und der Ursprung des Diphtherie-Antitoxins. (Fonction antitoxique. Origine de l'antitoxine diphthérique.)** *Congrès de Gynécologie et de Pédiatrie de Marseille. 8.—15. October 1898.*

Man nahm anfangs an, dass das Antitoxin aus dem injicirten Toxin sich bildet. Roux stellte dann fest, dass dasselbe aus den Zellen des Organismus entsteht und dass das injicirte Toxin nur die Rolle eine Reizes für diese Zellen spielt. An der Bildung des Antitoxins sind nach vielen Autoren alle Zellen des Organismus betheiligt, nach anderen nur bestimmte Zellgruppen, die für den Reiz des Toxins besonders empfindlich sind. Metschnikoff schrieb die Ausbreitung des Antitoxins ausschliesslich den Leukocyten zu.

Der Verf. schliesst aus seinen Untersuchungen, dass das Diphtherie-Antitoxin sich nicht in den Geweben und Zellen, einschliesslich der Leukocyten, zu bilden scheint, sondern in dem Plasma; nicht ausgeschlossen freilich ist, dass es in diesem sich nur anhäuft, indem die Zellen, die das Antitoxin bilden, es in das Plasma ausschütten.

PAUL RAUGÉ.

91) **C. J. Martin** und **Thomas Cherry** (Melbourne Victoria). **Die Art des Antagonismus zwischen Toxinen und Antitoxinen. (The nature of antagonism between toxins and antitoxins.)** *Intercolonial Medical Journal of Australia. 20. December 1898.*

Mittelst des Martin'schen Gelatinefilter ist es möglich, Substanzen von grossem Moleculargewicht von Stoffen mit geringerem, in Lösungen, die beide enthalten, zu trennen. Das Diphtherietoxin passirt solche Filter, während das Antitoxin nicht hindurchgeht. Die Verf. mischten eine Lösung von Diphtheriegift, die 8 tödtliche Dosen pro Kilo Meerschweinchen in 1 ccm enthielt, mit Behring'schem Serum, das letztere in einer Menge, die mehr als ausreichend war, um alles Toxin zu neutralisisen. Diese Mischung blieb bei 30° C. zwei Stunden stehen und wurde dann durch einen Gelatinefilter geschickt. Das Filtrat wurde in verschiedenen Mengen bis zu 36 letalen Dosen Meerschweinchen injicirt; dieselben blieben vollständig gesund. Ein Parallelversuch mit Schlangengift ergab dasselbe Resultat; bei letzterem Versuch wurde die Neutralisirung nach Mischung des Antitoxins und des Giftes durch Hitze erzielt. Der Einfluss der Zeit, der Temperatur und der Menge der in Mischung gebrachten activen Stoffe ist von grösster Bedeutung; die Vernachlässigung dieser Factoren erklärt die widersprechenden Resultate anderer Forscher.

Durch eine Reihe sorgfältiger Experimente, die im Original studirt werden müssen, erweisen die Verf., dass die Antitoxine mit den Toxinen ausserhalb des lebenden Körpers in Verbindung treten können und dass durch diese Combination die Giftigkeit des Toxins neutralisirt ist.

A. J. BRADY.

92) **Th. Hase. Zur Morphologie des Blutes bei Diphtherie. (K morfologii krovi pri difterii.)** Dissert. St. Petersburg. 1898.

Die Arbeit wurde unter der Leitung von Uskow ausgeführt. Verf. giebt viele Tabellen mit Blutkörperchenzählungen und procentischer Berechnung des Verhältnisses derselben zu einander. Berücksichtigt wurden namentlich die weissen Butkörperchen, die nach dem Uskow'schen Eintheilungsprincip in junge, reife und überreife classificirt werden. Das Material zur Untersuchung lieferten 29 Kinder aus dem Elisabeth-Hospital zu St. Petersburg. Die Resultate aus der mühevollen Arbeit stellt der Verfasser in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Injection von Serum ruft bei Gesunden allgemeine Vermehrung der weissen Blutkörperchen hervor. Herabsetzung des Procentgehalts der jungen und reifen, aber eine Erhöhung der Procentzahl der überreifen.

2. Bei Diphtheritischen ruft die Seruminjection in der Mehrzahl der Fälle eine analoge Wirkung nicht hervor.

3. Der anfängliche Leucocytengehalt bei Diphtherie entspricht nicht der Schwere der Krankheit und kann für die Prognose nicht verwerthet werden.

4. Nur eine wiederholte Untersuchung der morpholog. Elemente des Blutes kann in prognostischer Hinsicht Winke geben.

5. Mit der Besserung der Krankheit vermindert sich die allgemeine Zahl der Leucocyten; die jungen Elemente vermehren sich, die überreifen nehmen ab. Bei der Verschlimmerung besteht ein umgekehrtes Verhältniss.

6. Das Fallen der allgemeinen Zahl der weissen Blutkörperchen und die Vermehrung der jungen hängt nicht nur von dem Zustande der localen Erscheinung ab.

7. Je leichter die Erkrankung, desto eher stellt sich das normale morphologische Verhältniss des Blutes wieder her.

P. HELLAT.

93) **Murawjew. Ueber die Einwirkung des Diphtherieserums auf das Nervensystem bei Meerschweinchen allein und in Verbindung mit dem Diphtherietoxin. (Ob odinotschnom i sowmestnom deistwii s difteritnim toxinom antidifteritnoi siworotki na nerwnuju sistemu morskich swinok.)** *R. Archiv pat. Bd. VI. 1898.*

M. giebt in vorliegendem Aufsatz eine Fortsetzung seiner bereits in diesem Blatte referirten Untersuchungen. Er fand, dass die Nervenzellen, besonders die des Rückenmarks auch durch das Serum deutlich verändert werden. Am geringsten waren die Veränderungen, wenn Toxin und Antitoxin einander neutralisirten und dieses namentlich in den Fällen, wo sie gleichzeitig verabfolgt wurden. Wurde das Antitoxin 24 Stunden nach Einführung des Toxins verabfolgt, so blieben die Nervenzellen im allgemeinen fast intact. Fand die Verabfolgung eine Woche nach der Intoxication statt, so konnte die zerstörende Wirkung des Toxins nicht mehr eliminirt werden. M. hält die Nervenzellen des Meerschweinchens für ein gutes Reagens auf die Neutralisation des Diptherietoxins und räth diese Prüfung anzustellen, wenn von einer exacten Neutralisation geredet werden soll.

P. HELLAT.

94) **Klimow. Die pathologischen Veränderungen der Nervenzellen der Herzganglien bei diphtheritischen Paralysen des Herzens verbunden mit einer Beschreibung ihres normalen Aussehens. (O patologitscheskich ismenenijach nerwnich kletok serdetschnich uslow pri difteritnich paralitschach serotsa w swjasi s opisaniem jich normalnawo wida.)** *R. Archiv patol. Bd. VI. 1898.*

K. fand, dass in den Herzganglien nach diphtheritischen Paralysen die Nervenzellen in allen ihren Bestandtheilen Veränderungen aufwiesen; das Protoplasma, der Kern und die Form waren in allen Präparaten verändert. Untersucht wurden die Herzen von drei an Herzparalyse gestorbenen Kindern.

P. HELLAT.

95) **J. E. Batten. Die Pathologie der diphtheritischen Lähmung. (The pathology of diphtheria paralysis.)** *British Medical Journal. 19. November 1898. N. Y. Med. Journal. 24. December 1898.*

Als die hauptsächliche Läsion, die der diphtherischen Lähmung zu Grunde liegt, darf mit Wahrscheinlichkeit eine parenchymatöse Degeneration der Myelinscheiden angesehen werden, welche die motorischen wie die sensiblen Nerven in gleicher Weise befällt. Verf. untersuchte 6 Fälle mittelst der Marchi'schen Methode. Seine interessanten Befunde im Rückenmark, am Vagus etc. müssen im Original nachgelesen werden.

ADOLPH BRONNER.

96) **Grenet** und **Lesné. Das Vorkommen von Diphtheriebacillen beim eitrigen, nicht-pseudomembranösen Schnupfen der Kinder. (Présence du bacille diphthé-**

rique dans les coryzas purulents non pseudo-membraneux de l'enfant.) *Arch. d. Med. des Enfants. August 1898.*

Die Verf. haben im Laboratorium von Prof. Hutinel im Hospice des Enfants-assistés das Nasensecret einer Anzahl von Kindern, die an eitriger Coryza ohne Pseudomembranen und ohne andere diphtheritische Localisation litten, bacteriologisch untersucht.

Sie fanden häufig einen sehr kleinen Bacillus, der in 24 Stunden auf Serum eine Kultur bildete. Derselbe hatte manchmal schiffchenförmige Gestalt. Kleiner als der kurze Diphtheriebacillus kann er sich wohl etwas verlängern, erreicht aber nie die Grösse des langen Diptheriebacillus. Er tödtet Meerschweinchen in der Hälfte der Fälle innerhalb 36--60 Stunden. Nach dem Resultat der Impfungen kann man unterscheiden:

1. Einen Bacillus, dessen Toxin oder Cultur Meerschweinchen unter ähnlichen Erscheinungen tödtet, wie der Diphtheriebacillus. Das Diphtherieheilserum schützt das Thier gegen die Wirkung dieses Bacillus.

2. Einen Bacillus, der Meerschweinchen nicht tödtet.

Es kommt also im Secret bei anscheinend gutartiger Coryza ein Bacillus vor, der nach Aussehen und Virulenz dem Loeffler'schen Bacill analog ist. Diese Thatsache ermöglicht ein Verständniss für das Auftreten von Diphtherie bei Kindern, die anscheinend dem Contagium der Diphtherie nicht ausgesetzt waren.

PAUL RAUGÉ.

97) **T. D. Lister. Membranöse Rhinitis und ihre Beziehung zur Diphtherie. (Membranous rhinitis and its relation to diphtheria.)** *Lancet. 5. November 1898.*

Bemerkungen in einer Discussion über diesen Gegenstand in der Royal Medical and Chirurg. Society. L. untersuchte 124 Kinder mit Diphtherie. 68 davon hatten nasalen Ausfluss, 56 nicht. 37 von den ersteren und 29 von den letzteren hatten Klebs-Loeffler'sche Bacillen in der Nase.

ADOLPH BRONNER.

98) **L. Cobbett. Der Erfolg der Serumbehandlung bei Diphtherie in London verglichen mit der in Paris und Berlin. (The result of the treatment of diphtheria by antitoxin in London compared with that in Paris and Berlin.)** *Lancet. 3. December 1898.*

In den Berliner Krankenhäusern betrug die Mortalität 1886--89 im Durchschnitt 35,7 pCt., dagegen 1894—96 nur 13 pCt. In London ist, wie C. an einer Reihe von Tabellen demonstrirt, die Procentzahl weit höher.

ADOLPH BRONNER.

99) **E. Bonsfield. Diphtherieserum in Privatpraxis. (Diphtheria antitoxin in private practice.)** *Lancet. 10. December 1898.*

33 Fälle behandelt, von denen 1 starb; das Mittel soll sogleich in grosser Dose gegeben werden.

ADOLPH BRONNER.

100) **H. D. Jerowitz. Beobachtungen über Diphtherie. (Observations in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 8. December 1898.*

J. hatte seine Erfahrungen an einem grossen Material in einer Stadt von

150 000 Einwohnern, die kein Kinderkrankenhaus besitzt, gewonnen. Seine Beobachtungen stimmen in allem Wesentlichen mit den allgemein anerkannten Anschauungen überein. Ueber den Werth des Heilserums hat er sich eine sehr günstige Meinung gebildet.

LEFFERTS.

101) **Adolph Rupp. Einiges über das Heilserum, die Diphtherie, den praktischen Arzt und die Geschichte. (Remarks on antitoxin, diphtheria, the practitioner, and history.)** *N. Y. Medical Record. 5. November 1898.*

102) **Adolph Rupp. Ein praktisches Urtheil über das Serum und die Diphtherie in der Privatpraxis. (A practical view of antitoxin and diphtheria in private practice.)** *N. Y. Medical Record. 31. December 1898.*

R. schliesst mit folgenden Sätzen:

1. Was auch Tausende von Serumfällen Hunderten von Aerzten beweisen mögen, mir sagen meine 24 eigenen Fälle klar genug, dass das Mittel keinen ausgesprochenen günstigen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit hat, dass dieselbe weder in ihrer Dauer noch in ihrer Schwere verringert wird.

2. In Croupfällen hemmt das Mittel den Fortschritt des Croups nicht. Die Operation ist es in diesen Fällen, die die Kinder rettet, nicht das Serum.

3. In keinem meiner Fälle und auch in anderen nicht, die ich in der Praxis meiner Bekannten sah, war ein zweifellos früheres Verschwinden der Pseudomembranen zu constatiren, als es ohne Serum wahrscheinlich stattgefunden haben würde.

4. In allen meinen Fällen wurde die erste Injection nicht vor dem dritten und nicht nach dem vierten Tage gemacht. Keiner der Fälle war ausgesprochen „septisch" oder „gemischt"; überhaupt handelte es sich nicht etwa um besonders schwere Fälle.

Nach alledem muss ich auf Grund von Erfahrung, nicht von Speculation sagen: Das Serum ist kein Specificum gegen Diphtherie.

SEIFERT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

103) **C. C. Rice. Gegen acute Laryngitis. (In acute laryngitis.)** *N. Y. Med. Record. 15. October 1898.*

Rp. Picis liquidae 30,0
Alcohol 120,0.
M. D. S. 3,75 auf einen Schwamm zu träufeln, durch den der Dampf eines Inhalators geht.

Oder: Rp. Morphin. sulfur. 0,06
Extr. Hyoscyami 0,3
Glycerin.
Alcohol ana 15,0
M. D. S. 1,875 auf den Schwamm. Zur Inhalation.

LEFFERTS.

104) **Sargnon** (Lyon). **Pinselungen mit 10proc. Lösung von Suprarenalextract bei hyperämischer Laryngitis. (Des badigeonnages de liquide surrénal au 1/10 dans le traitement de laryngites hyperémiques.)** *Lyon méd. 2. Oct. 1898.*

Nachdem die Ophthalmologen seit mehreren Jahren die vasoconstrictorische Wirkung der Suprarenalpräparate therapeutisch benutzt haben und neuerdings das Mittel auch für die nasale Therapie theils zur Blutstillung, theils als Ersatz für Cocain empfohlen worden ist, hat S. es auf Garel's Abtheilung bei sechs Fällen acuter und chronischer Laryngitis angewandt.

Der unmittelbare Erfolg war ein unbestreitbarer und sehr frappanter. Nach 1 Minute verschwand die Hyperaemie des gepinselten Stimmbandes oft vollständig, die Stimme wurde besser und sogar die Verdickung schien in den chronischen Fällen etwas abzunehmen.

Unglücklicherweise erwies sich dieser Erfolg stets als vorübergehend; nach ein paar Stunden war die Röthung wieder da, oft ebenso stark wie vor der Pinselung. Der Verf. zögert selbst, zu behaupten, dass die Behandlung jemals die Dauer der Krankheit abgekürzt habe.

PAUL RAUGÉ.

105) **C. C. Rice. Gegen chronische Laryngitis und Bronchialcatarrh. (In chronic laryngitis and bronchial catarrh.)** *N. Y. Med. Record. 15. October 1898.*

Rp. Pulv. Camphorae 11,25
Menthol 15,00
Ol. pini Sylvestri 15,00
Ol. picis 7,5.
M. D. S. 2—10 Tropfen zur Inhalation.
Oder: Rp. Thymol 0,9
Eucalyptol 1,2
Creosot 7,5
Ol. pini Sylvestri 15,0
Ol. Gaultheriae 3,75.
M. D. S. 2—5 Tropfen zur Inhalation.

LEFFERTS.

106) **Sajous. Fötide chronische Laryngitis. (Fetid chronic laryngitis.)** *N. Y. Med. Record. 10. December 1898.*

Rp. Kalii hypermangan. 0,12
Aqu. destill. 60,0.
M. D. S. Mehrmals täglich einzuspritzen.

LEFFERTS.

107) **J. Sendziak. Die rheumatischen Erkrankungen des Kehlkopfs, des Rachenraumes und der Nase. (O gosicowych cierpieniach gardta, krtani i nosà.)** *Przeglad lekarski. No. 1, 3. 1899.*

Nachdem der Verf. die einschlägige Literatur zusammengestellt hat, beschreibt er einige diesbezügliche Beobachtungen.

A. v. SOKOLOWSKI.

108) **Selenski. Fall von rheumatischer Entzündung des Crico-arytaenoidal-Gelenkes des Larynx. (Slutschai rewmatitscheskawo wospalenija tscherpalokolgo-widnawo sotschlenenija gortani.)** *Ejenedelnik. No. 1. 1898.*

In der Ueberschrift Alles enthalten.

P. HELLAT.

109) **V. Uchermann** (Christiania). **Oedema laryngis unilaterale climacterium.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. 8. p. 287. 1898.*

Krankengeschichte einer 53jährigen Frau mit einer oedematösen Geschwulst der linken Plica aryepiglottidea, die Taubeneigrösse erreichte und nicht unbedeutende Athemnoth verursachte. Die Geschwulst geht langsam zurück, nimmt aber jedesmal wieder zu in der Zeit, in der die in Uebergang zur Menopause stehende Patientin ihre Menstruation haben sollte. Die Affection lässt nach einigen Monaten nach und ist nach etwa einem Jahre ganz verschwunden; Verf. deutet sie als eine angioneurotische Erscheinung, als ein Analogon des von Quincke beschriebenen „acuten begrenzten Hautödems".

F. KLEMPERER.

110) **S. G. Dabnay. Angioneurotisches Oedem des Larynx. (Angeio-neurotic oedema of the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 17. December 1898.*

D. theilt folgenden Fall mit: 42jährige Dame, seit einiger Zeit an leichtem Husten leidend, hat in den letzten Tagen Blut ausgehustet. Sie war dabei stimmlos und hatte etwas Athembeschwerden, doch keine Schmerzen im Larynx oder sonstwo. Die Störungen traten gerade zu der Zeit ein, wo sie ihre Periode erwarten durfte. Die Untersuchung ergiebt eine erhebliche Schwellung des Kehlkopfes oberhalb der Stimmbänder, hauptsächlich beider Taschenbänder. Das ganze Aussehen der Schleimhaut machte den Eindruck, als ob eine vicariirende Blutung aus derselben stattgefunden habe. Die Pat. macht noch folgende interessante Angaben. Sie hat wiederholt Anfälle von starker Athemnoth und Verlust der Stimme gehabt, die sehr schnell eintraten und mit grosser nervöser Erregung einhergingen. Dieselben dauerten gewöhnlich eine Reihe von Stunden. Der Verf. deutet den Fall als angioneurotisches Oedem des Larynx. Dasselbe ist durch eine Störung im vasomotorischen Nervencentrum verursacht und möglicher Weise durch eine periphere Reizung bedingt, die häufiger vom Magen als von sonst einer Stelle ausgeht.

LEFFERTS.

111) **Gustavo Sterling** (Madrid). **Ein Fall von Complication seitens des Kehlkopfs im Verlaufe eines typhösen Fiebers. (Un caso de complicacion laringea en el curso de una fiebre tifoidea.)** *La Oto-Rino-Laringologia Espannola. No. 7. 1898.*

Bericht über einen Fall von acuter Laryngitis am 7. Tage eines schweren Typhus. Heilung der Kehlkopferkrankung nach Reconvalescenz vom Typhus.

R. BOTEY.

112) **W. Freudenthal. Ein Fall von chronischer Urticaria des Kehlkopfs. (A case of chronic urticaria of the larynx.)** *N. Y. Med. Journal. 31. December 1898.*

Delbrelh stellt in seiner These (Bordeaux 1896) 25 Fälle von Urticaria der oberen Luftwege zusammen. Chronische Urticaria dieser Theile aber ist nach F. noch nicht beschrieben. Er giebt die Krankengeschichte seines Falles, eines neurotischen Patienten, bei dem gleichzeitig allgemeine Urticaria besteht. Die Epiglottis, die der einzige afficirte Kehlkopfabschnitt ist, wechselt in ihrem Aussehen; bald

zeigt sie eine oder mehrere herpetiforme Prominenzen mit oedematöser Umgebung, bald ist sie gleichmässig tiefroth gefärbt, bald wieder vollkommen blass.

LEFFERTS.

113) **S. Botella y Donoso Cortés** (Madrid). **Ein Fall von Psorospermosis laryngea. (Un caso de psorospermosis laringea.)** *La Oto-Rino-Laringologia Espannola. No. 4. 1898.*

Die Beobachtung betrifft eine 50jährige Frau, welche an der rechten Seite des Gaumenbogens nahe am Innenrande eine ulceröse Anschwellung von Haselnussgrösse zeigte. Die microscopische Untersuchung ergab Epithelialzellen, welche durch abgerundete, eine dichte Membran führende Körperchen ausgedehnt waren. Letztere schloss in sich eine protoplasmatische Kugel mit verschiedenen Kernen, vollkommen ähnlich denjenigen der Coccideen, wie sie von Darier bei der folliculären Psorospermosis der Haut, ferner in der Paget'schen Krankheit und anderen Dermatosen beschrieben worden sind. Pinselungen mit Resorcin führten zur Heilung.

R. BOTEY.

114) **L. Ebstein** (Wien). **Eine hereditär luetische Affection im Pharynx und Larynx.** Demonstration im Wiener med. Club, 16. November 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 48. 1898.*

E. weist darauf hin, dass hereditär luetische Erkrankungen im Larynx im Allgemeinen selten sind, am häufigsten noch finden sich Erkrankungen der Epiglottis, wie auch im citirten Falle. Als Therapie leitete Ebstein eine Inunctionscur mit 1 g Unguent. ciner. pro die ein.

CHIARI.

115) **L. Gautier. Die Behandlung der Kehlkopfsyphilis, speciell der Kehlkopfstenosen, mittelst der Intubation. (Traitement de la syphilis laryngée en particulier des sténoses laryngées par le tubage.)** *Echo médical de Lyon. 15. Juli 1898.*

Der Verf. giebt, über die Grenzen, die in der Ueberschrift der Arbeit gesteckt sind, hinausgehend, einen vollständigen Ueberblick über die Behandlung des Lues laryngis.

I. Secundäres Stadium: a) Medicamentöse Behandlung. Dieselbe besteht besonders in der Anwendung von Quecksilber, das man per os, cutan oder subcutan geben kann;

b) chirurgische Behandlung ist in diesem Stadium selten erforderlich. Es handelt sich dann um Dyspnoe in Folge von Abductorenlähmung, Adductorenkrampf oder acutes Kehlkopfödem. In solchen Fällen ist die Tracheotomie oder besser die Intubation anzuwenden.

II. Tertiäres Stadium: Die tertiären Formen sind oft von Dyspnoe durch acute oder chronische Larynxstenose begleitet.

a) Medicamentöse Behandlung. Man wendet Jod allein an oder seltener in Verbindung mit Quecksilber (gemischte Behandlung). Die specifische Behandlung allein wirkt im Allgemeinen auf die alten Narbenstenosen nicht mehr; dieselben erfordern eine

b) chirurgische Behandlung. Zuerst werden mit dem Kehlkopfmesser fibröse Stränge durchschnitten, Wucherungen werden entfernt. Für das Wichtigste, die Beseitigung der Dyspnoe stehen 2 Wege zur Verfügung:

1. Die nichtblutigen Eingriffe: Die Dilatation mittelst der Schrötter'schen Bougies und die modernere und sichere Methode, die Intubation.

2. Die blutigen Eingriffe: Der häufigste derselben ist die Tracheotomie mit oder ohne Anschliessen der verschiedenen Dilatationsmethoden durch Canülen, Mandrins und Dilatatoren oder durch die Intubation.

Der Verf. resumirt sich dahin, dass er bei schwerer syphilitischer Stenose der Tracheotomie die Intubation als das weniger gefährliche und leichter acceptirte Verfahren vorzieht. Dieselbe erfüllt den doppelten Zweck.

a) Die imminente Erstickungsgefahr zu beseitigen (Intubatio necessitatis).

b) Die progressive Dilatation einzuleiten (Intubator = Dilatator); deshalb kann sie auch ohne zwingende Indication vorgenommen werden.

PAUL RAUGÉ.

116) **R. Krieg** (Stuttgart). **Klinisch-statistischer Beitrag zur Frage, auf welchem Wege die Tuberculose in den Kehlkopf eindringt.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 8. p. 519. 1898.*

Unter 700 Fällen von Kehlkopftuberculose, die K. beobachtete, sind 275 = 39,3 pCt. einseitig und 425 = 60,7 pCt. nicht einseitig. Von den 275 einseitigen sind 252 = 91,8 pCt. correspondirend mit der befallenen Lungenseite und nur 23 = 8,4 pCt. nicht correspondirend. 252 also von 700 Kehlkopftuberculosen (=36 pCt.) sind zugleich einseitig und correspondirend mit der befallenen Lungentuberculose erkrankt. Von den nicht einseitigen — von 88 = 12,5 pCt. rein medianen d. h. an der Hinterwand oder am Kehldeckel allein erkrankten Fällen ganz abgesehen — ist ein Theil noch durch namhaftes Ueberwiegen der einen Seite ausgezeichnet (103 Fälle) und von diesen Fällen zeigt der grösserere Theil (81 = 78,5 pCt.) gleichzeitig ein stärkeres Erkranktsein der gleichseitigen Lunge. Der Rest der nicht einseitigen Fälle, in dem beide Seiten gleich stark afficirt sind, besteht aus den vorgeschrittensten Fällen und es ist nicht zu entscheiden, wie viele von ihnen in früheren Perioden der Krankheit zu den Fällen mit stärkerer Affection der einen Seite oder gar zu den einseitigen und correspondirenden gezählt haben. Aus diesem Material zieht K. den Schluss, dass „die Infection durch Inhalation und Sputum für die bei weitem meisten Kehlkopftuberculosen ausgeschlossen, vielmehr die Infection auf dem Circulationsweg als Regel zu betrachten“ ist. „Von den beiden Circulationsbahnen ist wiederum die Blutbahn, als ausser Betracht kommend auszuscheiden. . . . Es bleibt somit als einzige Möglichkeit übrig die Lymphbahn.“

Auf die interessanten Ausführungen über die Infectionsmöglichkeiten und -wege der Tuberculose im Allgemeinen, mit denen K. die anregende Arbeit einleitet, sei besonders hingewiesen.

F. KLEMPERER.

117) **W. Fowler** (Echuch, Victoria). **Tuberculöse Laryngitis. (Tubercular laryngitis.)** *Intercolonial Med. Journal of Australia. 20. October 1898.*

F. hält die tuberculöse Laryngitis für eine „Gelenkerkrankung“, weil sie

stets im Crico-arytaenoidgelenk beginnt. Das afficirte Stimmband steht stets in Cadaverstellung, wobei das Gelenk die natürliche Ruhestellung hat, die alle erkrankten Gelenke einnehmen. Das frühe Eintreten der interarytaenoidalen Schwellung in jedem Falle erklärt sich durch die Schwellung, die am vorderen Theil des Crico-arytaenoidgelenks Platz greift, woselbst die Gelenkkapsel am dünnsten ist. Auch alle weiteren Fortschritte der Erkrankung im Larynx sind Ausstrahlungen aus dem einen Focus, dem Gelenk. R. BOTEY.

118) **Kassel. Gegen Dysphagie bei tuberculöser Laryngitis. (For the dysphagia of tubercular laryngitis.)** *N. Y. Med. News. 26. November 1898.*

K. emfiehlt die intralaryngeale Injection von 1 Theil Orthoform auf 4 Theile Olivenöl. Das heftige Husten, der der Insufflation des blossen Pulvers oft folgt, wird so vermieden. Ein vorübergehendes Brennen bezeichnet den Eintritt der Anästhesie, die oft 24 Stunden anhält. LEFFERTS.

119) **Castex** (Paris). **Die Heilbarkeit der Kehlkopftuberculose. (Curabilité de la tuberculose laryngée.)** *Congrès pour l'étude d. l. tuberculose. Paris. Juli-August 1898.*

Die Kehlkopftuberculose ist heilbar, wenn:

1. der Verlauf der localen Läsion ein torpider ist;
2. die Läsionen tief genug sitzen, um dem beständig reizenden Einfluss der Schluckbewegungen entzogen zu sein;
3. kein Fieber vorhanden ist;
4. Lungenerscheinungen fehlen oder sehr gering sind.

Verf. bespricht die Allgemeinbehandlung, deren grosse Bedeutung er betont, und die locale Behandlung. Er übt die Lannelongue'sche Methode der interstitiellen Injectionen von 2—5proc. Zinkchloridlösung, nach denen er weder starke Schmerzen, noch excessive Entzündungserscheinungen oder Glottisödem sah. In gewissen wohl begrenzten Fällen ist die Laryngotomie mit Nutzen anzuwenden.

C. hat in den letzten 3 Jahren 7 Fälle von sicherer Heilung von Kehlkopftuberculose beobachtet. PAUL RAUGÉ.

120) **Leduc** (Nantes). **Behandlung der tuberculösen Laryngitis durch Aspiration medicamentöser Pulver. (Traitement de la laryngite tuberculeuse par des aspirations de poudres medicamenteuses.)** *Association franç. pour l'avanc. des Sciences. Nantes. August 1898.*

Verf. empfiehlt folgende Mischung:

Dijodoform 8,0	oder	Dijodoform 8,0
Cocain hydrochlor 0,08		Cocain. hydrochlor. 0,08
		Morphin. muriat. 0,04.

Von allen Substanzen, die L. versuchte, ergab das Dijodoform die besten Resultate, weit bessere vor allem, als das Jodoform, gegen das der Larynx sehr intolerant ist.

Zur Insufflation benutzt L. ein Glasrohr von 6 mm Durchmesser und 20 bis 25 cm Länge. Das gebogene Ende desselben wird dem Pat. bis an die hintere

Rachenwand eingeführt; auf einer ebenen Fläche, die das nicht gekrümmte äussere Ende der Röhre berührt, ist das Pulver ausgebreitet, das der Pat. durch eine tiefe brüske Inspriration in die oberen Luftwege einzieht. PAUL RAUGÉ.

121) **Ellet O. Sisson. Tuberculöse Laryngitis. (Tuberculous laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 24. September 1898.*

Verf. bespricht die Pathologie der Kehlkopftuberculose und den gegenwärtigen Stand ihrer Therapie. Bezüglich der letzteren sucht er eine optimistischere Anschauung zu verbreiten, als sie gegenwärtig viele Aerzte noch hegen. Die Krankheit soll zu den noch heilbaren gerechnet werden. LEFFERTS.

122) **R. Botey. Tuberculöse Laryngitis. (Tuberculous laryngitis.)** *N. Y. Med. Record. 1. October 1898.*

Rp. Acid. carbol. 1—5,0
Acid. lactic. 2—15,0
Glycerin 20,0

Die erkrankten Theile werden erst mit 10 proc. Cocain, dann mit dieser Lösung gepinselt. LEFFERTS.

123) **Castex. Kehlkopftuberculose. (Laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 10. December 1898.*

Rp. Sol. Zinc clorat 2—5 pCt.
S. zur interstitiellen Injection. LEFFERTS.

124) **Hermann Lorentz** (Finland). **Ueber die Behandlung von Lungen- und Kehlkopftuberculose im Hahla Sanatorium in Finland. (Om Behandlingen af lung- och struphufvadtuberkulos i Hahla Sanatorium i Finland.)**

50 proc. Milchsäurepinselungen, Einblasungen von Sozojodolzink, Parachlorphenol, Carbolglycerin und mehrere andere Medicamente werden angewandt.

SCHMIEGELOW.

125) **P. L. Peläcz** (Granada). **Die Kehlkopftuberculose und ihre chirurgische Behandlung. (La tuberculosis laringea y su tratamiento quirurgico.)** *Gaceta Médica de Granada. No. 333. 1897.*

P. berichtet einen Fall von ausgebreiteter tuberculöser Kehlkopferkrankung und knüpft daran einige Bemerkungen über die in vielen Fällen nothwendige chirurgische Behandlung. R. BOTEY.

126) **Castex. Thyrotomie bei Kehlkopftuberculose. (Thyrotomy for tuberculosis of the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 23. September 1898.*

Die Thyrotomie ist eine wenig gefährliche Operation. Nachdem die tuberculösen Stellen curettirt und mit dem Thermocauter gründlich geätzt sind, wird der Larynx sofort wieder geschlossen. Die Stimme kehrt bald nach der Operation zurück und auch die Dysphagie dauert nur ein paar Tage. LEFFERTS.

127) **D. G. Morris. Zwei Fälle von Keuchhusten vom Ohr aus behandelt. (Two cases of whooping cough treated by aural medication.)** *Lancet. 24. December 1898.*

Zwei Kinder von 8 und 6 Jahren mit Keuchhusten, der seit ca. 8 Tagen bestand. Das eine Kind hatte Ausfluss aus dem Ohr, das andere nicht. Die Ohren wurden bei beiden mit warmer Borsäurelösung ausgespritzt und der Gehörgang nach Stephens Methode gepinselt. Beide Kinder waren nach 8 Tagen geheilt (!).

ADOLPH BRONNER.

128) **Uchermann** (Christiania). **Ein Fall von exspiratorischem functionellem Stimmritzenkrampf (exspiratorische und rhythmische, spastische Dyspnoe). (Et tilfälde af exspiratorisk funktionel Stemmeridskrampe [exspiratorisk og rhytmisk, spastisk Dyspnoe.)** *Norsk Magazin for Lägevidenskaben. S. 491. 1898.*

Die Arbeit ist im Archiv für Laryngologie veröffentlicht.

SCHMIEGELOW.

129) **Variot** (Paris). **Ursache der stridulösen Athmung. Sectionsbefund. (Cause de la respiration stridoreuse. Autopsie.)** *Société médicale des Hôpitaux. 27. Mai 1898.*

Es handelt sich um ein 1jähriges Kind, das seit der Geburt an stridulöser Athmung litt. Dieselbe war durch ein rauhes Geräusch bei der Athmung jedoch ohne Störung der Stimme und mit Verschwinden bei der Intubation characterisirt.

Die Autopsie ergab, dass nicht Glottiskrämpfe die Ursache des Leidens waren, sondern eine Missbildung des Larynxeingangs. Die Epiglottis war länglich, die beiden ary-epiglottischen Falten waren hypertrophisch und bildeten im Vestibulum laryngis eine Art Glottis, die sehr eng war und eine Höhe von etwa 1 cm hatte. Die wahre Glottis zeigte normale Verhältnisse.

PAUL RAUGÉ.

130) **L. Linkenheld** (Ems). **Zwei Fälle von Kehlkopfschwindel (Ictus laryngis).** *Deutsche med. Wochenschr. No. 41. 1898.*

Im Anschluss an zwei Fälle von typischem Kehlkopfschwindel (Hitzegefühl im Halse, Husten, kurzer Ohnmachtsanfall mit nachfolgendem Wohlbefinden) giebt Verf. zwei verschiedene Erklärungsversuche des Complexes. Der erste nimmt eine erhöhte Erregbarkeit der Rami pharyngei n. vagi und des Laryngeus superior in Folge von übermässigem Cigarrengenuss als Grundursache an, wozu als auslösendes Moment ein geringer anderweiter Reiz (Cigarrenrauch, Berührung mit schleimigem Secret) käme (Alcoholismus chronicus nimmt Verf. bei seinen Pat. nicht an, obwohl der eine täglich 1 Flasche Bordeaux, der andere zwei Gläser Bordeaux und zwei Gläser Bier consumirte).

Die zweite Erklärung sieht von der Nicotinwirkung ab und lässt die Reizung der sensiblen Fasern, die reflectorisch Vagusreizung mit consecutiver Gehirnanämie hervorrufen soll, lediglich durch die Berührung der Larynxschleimhaut mit aspirirtem Nasensecret zu Stande kommen.

ZARNIKO.

131) **Cl. Bernoud** (Lyon). **Neun neue Fälle von wirklichem Ictus laryngis. (Neuf nouveaux cas d'ictus laryngé essentiel.)** *Province médicale. 13. August 1898.*

Die Arbeiten von Garel und Collet (Annal. des malad. de l'or. 1894), Chazalon (Thèse de Lyon. 1896) und Fayolle (Lyon méd. 1896) haben gezeigt, dass der Ictus laryngis keine so seltene Krankheit ist, wenn man nur systematisch danach sucht.

L. berichtet über 9 neue Fälle dieser Affection. Seine Beschreibung des Leidens stimmt in allem Wesentlichen mit der von Garel und Collet gegebenen überein. Ein Patient zwischen 40 und 50 Jahre alt, Arthritiker, ohne nervöse Belastung, sehr häufig aber an einer leichten chronischen Affection der oberen Luftwege leidend, fühlt einen Kitzel im Halse, der einen Hustenanfall hervorruft. Alsbald wird das Gesicht congestionirt und der Pat. fällt bewusstlos um, oder aber es sinkt, wenn der Pat. gerade sass, sein Kopf auf die Brust. Nach ein paar Secunden erhebt er sich wieder, blass, und nimmt die unterbrochene Beschäftigung wieder auf. Er entsinnt sich, dass er husten musste, nicht aber, dass er das Bewusstsein verlor. Der Symptomencomplex hat wohl eine gewisse Aehnlichkeit mit einem epileptischen Anfall, er unterscheidet sich von ihm aber dadurch, dass die Zuckungen, wenn überhaupt welche auftreten, stets beschränkte und niemals toxische sind; dieselben sind mehr auf die beginnende Asphyxie zu beziehen. Ferner beisst sich der Pat. gewöhnlich nicht in die Zunge, lässt nicht unter sich und fühlt nachher nicht, wie dies beim epileptischen Anfall meist der Fall, Uebelkeit und Kopfschmerz. Endlich zeigt sich der Ictus laryngis meist in einem vorgeschrittenen Alter, in dem Epilepsie sehr selten mehr zum Ausbruch kommt. Es bleibt also nur ein Symptom, das an Epilepsie erinnert, das ist die Bewusstlosigkeit und diese ist nur von sehr kurzer Dauer. Thatsächlich ist der Ictus laryngis keine Epilepsie und die Bewusstlosigkeit kein epileptisches Symptom. Der Verf. schreibt die Affection in Uebereinstimmung mit Garel und Collet einem peripherischen Reizzustand des Laryngeus superior zu; dieser Reiz soll nicht etwa direct auf die Gehirnrinde, sondern auf die Herz- und Athemcentren übertragen werden. Die Störungen in der Herzbewegung und Athmung, die auf diese Weise entstehen, zusammen mit den mechanischen Störungen, welche die Erschütterung des Hustens hervorruft, lösen Veränderungen in der Circulation der Hirnrinde aus und so kommt das typische Bild des Ictus laryngis zu Stande.

PAUL RAUGÉ.

132) **A. Kreidl. Ueber die Bedeutung der Anastomose zwischen N. laryngeus super. und inferior.** Verhandlungen des physiol. Clubs in Wien, 10. Mai 1898. *Wiener klin. Wochenschr. No. 27. 1898.*

Die von Herrn Sluder (St. Louis U. S. A.) im physiologischen Institute in Wien an Hunden vorgenommenen diesbezüglichen Versuche haben gezeigt, dass nach Durchschneidung des R. anastomotic. keine Lähmung des gleichseitigen Stimmbandes auftritt. Die elektrische Reizung dieser Anastomose, sowie des R. internus des N. laryng. in der Nähe des Abganges des R. anastom. dagegen ergab prompte Adductionsbewegung des gleichseitigen Stimmbandes, welche sich

als ein typischer einseitiger Reflex erwies, dessen centripetaler Schenkel im N. laryng. sup., dessen centrifugaler im N. recurrens liegt. Sowohl die mechanische als elektrische Reizung der Anastomose löste Schmerz aus, führt demnach nur sensorische Fasern, was sich auch durch Registrirung des Blutdrucks zeigen lässt.

CHIARI.

133) **Uchermann** (Christiania). **Rechtsseitige Hemiplegie, motorische Aphasie, Lähmung der Larynxadductoren. (Höiresidig Hemiplegi, motorisk aphasi. Lammelse af Strubehovedets adductorer.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskab. April 1898.*

Die Arbeit ist im Arch. f. Laryngol., VII. Bd., S. 332 veröffentlicht.

SCHMIEGELOW.

134) **A. Greiner. Die Recurrenslähmungen. (Les paralysies récurrentielles.)** *Thèse de Paris. 1898.*

G. giebt eine sehr sorgfältige Uebersicht über die Frage der Kehlkopflähmungen und der Kehlkopfcentren. Unter dem Namen Recurrenslähmung sind nur die Kehlkopflähmungen zu verstehen, die durch eine organische Läsion, sei es des Recurrensstammes, sei es seiner bulbären oder corticalen Centren, verursacht sind; die Muskellähmungen und die hysterischen gehören nicht zu dieser Gruppe.

In den ersten Kapiteln bespricht G. die Innervation des Kehlkopfes und berichtet im Einzelnen über die Untersuchungen betreffend die corticalen und bulbären Centren. Er beleuchtet die verschiedenen controversen Punkte auf diesem Gebiete. Erwähnt sei, dass er selbst das Vorhandensein eines Nervus laryngeus medius nicht anerkennt und dass er in Bezug auf die Frage der Posticuslähmung den Semon-Rosenbach'schen Anschauungen beipflichtet und eine primäre Contractur der Adductoren nicht gelten lässt.

Die Ursachen der Recurrenslähmungen sind dreierlei: centrale, bulbäre und periphere. G. führt von jeder dieser Arten zahlreiche Beispiele an.

Was die Symptomatologie anlangt, so sind zwei Formen der Recurrenslähmung zu unterscheiden: die unvollständige oder Dilatatorenlähmung und die vollständige. Im ersteren Falle steht das Stimmband in Mittellinie, im zweiten steht es in Cadaverstellung.

Die Differentialdiagnose dieser Lähmungen wird durch die Untersuchung leicht gestellt; die der Ursachen aber ist oft sehr schwer, da sehr viele Affectionen hier in Frage kommen (cerebrale, bulbäre Processe, Tumoren am Halse, im Mediastinum, Aneurysmen etc.).

Die Prognose der Recurrenslähmung ist ernst, da dieselbe meist das Symptom einer schweren und unheilbaren, oft einer tödtlichen Grundkrankheit ist. Die Lähmung an sich aber ist gutartig, und ist das Grundleiden mit dem Leben vereinbar (z. B. bei manchen Adenopathien), so ist auch die Prognose gutartig.

A. CARTAZ.

135) **Lermoyez** (Paris). **Unheilbare gutartige Recurrenslähmung nach Masern. (Paralysie récurrentielle incurable benigne consécutive à une rougeole.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 25. Februar 1898.*

Permanente Recurrenslähmung im Gefolge von Masern ist ein ziemlich sel-

tenes Vorkommniss; nur 2 Fälle davon sind bisher bekannt. L. erinnert gelegentlich der Mittheilung seines Falles an die Eintheilung, die er in seinem Bericht an die Société française de Laryngologie im vergangenen Jahre vorgeschlagen hat:

1. unheilbare schwere Recurrenslähmung,
2. heilbare benigne Recurrenslähmung,
3. unheilbare benigne Recurrenslähmung.

Zu der letzten Gruppe, die in der Mitte zwischen den beiden anderen steht, rechnet L. seinen Fall. Derselbe beweist wieder einmal, dass die Recurrenslähmung nicht immer das Zeichen eines schweren Processes, wie Aortenaneurysma, Oesophaguskrebs, Tabes, Lungentuberculose, ist. Selbst in Fällen, in denen die Lähmung permanent und unheilbar ist, kann sie prognostisch doch von relativ geringer Bedeutung sein und braucht nicht, wie das ausgesprochen wurde, ein früher oder später zu vollstreckendes Todesurtheil bedeuten.

PAUL RAUGE.

136) **John F. Wilkinson** (Melbourne Victoria). **Ein Fall von Lähmung des linken Stimmbandes mit Tachycardie und Symptomen eines Mediastinaltumors. (A case of paralysis of the left vocal cord, associated with tachycardia and signs of mediastinal tumour.)** *Intercolonial Medical Journal of Australasia. 28. December 1898.*

70jähriger Mann mit linksseitiger Abductorlähmung. Der Puls ist bei Ruhe wie bei Bewegung nahezu gleich frequent, gegen 120 in der Minute. Die physikalische Untersuchung der Brust weist auf einen Mediastinaltumor. W. nimmt einen Druck und Lähmung des linken Vagus an, wobei durch Vermittelung des linken Recurrens das Stimmband gelähmt und durch Lähmung der inhibitorischen Fasern für das Herz die Tachycardie erklärt ist. Er erinnert daran, dass nach dem Thierexperiment die Mehrzahl der inhibitorischen Herzfasern im linken Vagus verlaufen.

A. J. BRADY.

137) **A. Cadel. Kehlkopflähmungen bei Tabes. (Des paralysies laryngées du tabes.)** *Thèse de Lyon. 1898.*

C. giebt auf Grund der früheren Arbeiten von Krishaber, Cherchewski, Semon und besonders von Burger, sowie einer Anzahl eigener Fälle einen guten Ueberblick über die Frage der Kehlkopflähmungen bei Tabes. Dieselben beginnen stets als Lähmung des Crico-arytaenoideus posticus und ihre Entwickelung spielt sich in 3 Phasen ab: 1. die latente reine Posticuslähmung; 2. die Periode der Athemstörungen (Posticuslähmung mit secundärer Contractur der Adductoren); 3. die Periode der Stimmstörungen (Lähmung des Posticus und der Adductoren).

Die Kehlkopfkrisen können ohne Lähmung vorkommen, meist aber treten sie bei deren Vorhandensein ein und sie sind dann um vieles schwerer. Die Kehlkopflähmungen können als Anfangssymptom im präatactischen Stadium der Krankheit eintreten. Sie sind meist durch Läsionen der bulbären Kerne verursacht, bisweilen aber rühren sie von parenchymatöser Neuritis (im Recurrens oder Vagus) her. In letzterem Falle ist das klinische Bild dasselbe, der Krankheitsverlauf aber ein viel schnellerer.

A. CARTAZ.

138) **P. Hellat** (Petersburg). **Von der Stellung des Kehlkopfes beim Singen.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. VIII. p. 340. 1898.*

Verf. stellt fest, dass bei reinen Natursängern der Kehlkopf sich entsprechend den Tönen auf- und abbewegt, dass viele professionelle Sänger ebenso singen, hervorragende Künstler aber bei feststehendem und tiefem Kehlkopf singen; eine Ausnahme bilden die Coloratursängerinnen, welche ihre Coloraturpartien mit gehobenem Kehlkopf singen. Verf. knüpft längere Erörterungen an diesen Befund und schliesst mit den Sätzen:

1. Die Hebung des Kehlkopfes bei hohen und die Senkung bei tiefen Lauten darf innerhalb der für den Gesang zugänglichen Grenzen nicht als physiologisches Gesetz angesehen werden.

2. Das Singen aller Vocale ist möglich bei hoher, beweglicher und tiefer Lage.

3. Nur bei der tiefen Lage kann sich der Kehlkopf vollständig ruhig verhalten.

4. Für die Mehrzahl der Stimmen, d. h. für Bass, Bariton, Tenor, Contralto und dramatischen Sopran giebt die Tieflage nach aller Wahrscheinlichkeit bessere Resultate.

5. Die Sanglichkeit der Sprache wird durch die Abwesenheit der schwer aussprechbaren Consonanten erhöht.

6. Für das Sprechen haben im Allgemeinen dieselben Gesetze wie für den Gesang Gültigkeit.

F. KLEMPERER.

139) **Oluschewski. Ein kurzer Blick auf die Pathologie der Sprache und ihre Bedeutung. (Vratki wsgliad na patologiu retschi i jejo snatschenie.)** *R. Arch. patol. Bd. VI. 1898.*

Nach einer eingehenden Besprechung der Anschauungen über die Entstehung der Sprache, die Ursachen und Arten der Sprachfehler geht Verfasser auch auf die Behandlung ein. Er ist der Anschauung, dass die meisten Sprachfehler, namentlich das Stottern, zu den heilbaren Neurosen gehört. Von 537 Behandelten machten 108 den vollen Cursus durch. Von diesen wurden 99 ganz geheilt, 9 zeigten bedeutende Besserung. Der Cursus dauert zwei bis drei Monate.

P. HELLAT.

140) **Geisler** (Arnsdorf). **Ueber einen Fall von hysterischem Stottern.** Dissert. Erlangen. 1897.

Bei einem 37jährigen Manne trat plötzlich eine Störung der Sprache ein, die wegen gleichzeitiger Sensibilitätsstörungen, wegen des Fehlens anatomischer Veränderungen, des normalen Verhaltens aller Organe, besonders des Kehlkopfes und der raschen Wiederherstellung innerhalb weniger Tage als hysterisches Stottern erkannt wurde. Die Behandlung bestand vorwiegend in Sprechübungen, ausserdem in kalten Waschungen und gymnastischen Uebungen.

SEIFERT.

141) **Chervin** (Paris). **Das Stottern vom Standpunkt der militärischen Dienstpflicht. (Le bégaiement envisagé au point de vue du service militaire.)** *Bulletin médical. 28. September 1898.*

Das Stottern ist ein Grund zur Befreiung vom Dienen. Schwierig aber ist

es, Simulanten zu entdecken, sowohl für die Revisionscommission wie für den Arzt, der um ein Certificat angegangen wird. Das einzige Mittel in solchem Falle ist eine strenge Untersuchung darüber, ob der Sprachfehler des Betreffenden notorisch und public ist, oder die Forderung eines Attestes von dem Arzte, der den Patienten gewöhnlich behandelt.

In einer Tabelle, die der Arbeit beigegeben ist, stellt der Verf. die Zahl der Stotterer auf 1000 Einwohner in jedem Departement zusammen. Gegen 1000 Stotterer kommen jährlich vom Militärdienst frei.

PAUL RAUGÉ.

142) **Holger Mygind** (Kopenhagen). **Ueber die Ursache des Stotterns.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. VIII. p. 294. 1898.*

Die sehr sorgfältige Studie M.'s stützt sich auf 200 Kinder und junge Leute von 6—25 Jahren, die der Verf. untersucht hat. Sie endet mit den Sätzen: Dass das Stottern als eine ausgesprochene Neurose betrachtet werden muss, welche in aetiologischer Beziehung verwandt ist mit den sogenannten Degenerations-Neuropathien, wozu Krankheiten wie Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie, Chorea u. a. sowie gewisse Formen von Geisteskrankheiten gerechnet werden. Diese Verwandtschaft tritt namentlich dadurch hervor, dass die erwähnten Krankheiten auffallend häufig bei Verwandten der Stotterer auftreten; ferner dadurch, dass Stotterer einige von den Stigmata dieser Neuropathieen darbieten und dass das Stottern wie die meisten der erwähnten Neuropathien an ein bestimmtes Geschlecht und an eine bestimmte Altersperiode geknüpft sind (bevorzugt sind das männliche Geschlecht und das 2.—4. Lebensjahr). Das Stottern hat auch das mit den erblichen Neuropathien gemein, dass die rein unmittelbar wirkenden (occasionellen) Ursachen an Bedeutung weit hinter den fernerliegenden (disponirenden) Ursachen zurückstehen. Das Stottern stimmt endlich seinem Wesen nach mit den erblichen Neuropathien überein; denn wie diese wird es durch eine starke hervortretende Functionsstörung des Nervensystems characterisirt, während die pathologisch-anatomische Grundlage unbekannt ist. Dennoch ist es unberechtigt — wie Verf. am Schluss betont — jeden Fall von Stottern als Ausdruck für eine neuropathische Familiendisposition oder -Degeneration zu betrachten, da bei vielen Stotterern durchaus keine familiäre Belastung und auch kein einziges Merkmal einer neuropathischen Constitution oder Degeneration nachzuweisen ist.

F. KLEMPERER.

143) **W. Posthumus Meyes** (Amsterdam). **Sprechübungen bei der Behandlung der durch fehlerhaftes Sprechen entstandenen Halsleiden.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. VIII. p. 270. 1898.*

Das Halsleiden, das durch fehlerhaftes Sprechen entsteht, beschreibt M. als einen „allgemeinen congestiven Zustand der Schleimhaut des Pharynx und Larynx (zuweilen des Larynx allein), verbunden mit Paresen der Larynxmuskeln, besonders der Adductoren der Stimmbänder und complicirt sowohl mit diffusen als circumscripten Hypertrophien der Mucosa und Submucosa.“ Die Erkrankung entsteht durch unrichtige Tonbildung in Folge von fehlerhafter Athmung, unzweckmässiger Haltung der Zunge, ferner durch harten Tonanschlag (Glottis-

anschlag), zu hohes Sprechen, unrichtige Articulation u. a. m. Verf. bespricht diese Fehler im Einzelnen und geht dann auf die Prophylaxe und die Behandlung derselben ein. Er legt auf die locale Behandlung weniger Werth — zur Rückbildung der hypertrophischen Schleimhaut genügen meist einfache Ichthyol-Einstäubungen (1 : 300 Wasser mit 3 Tropfen Ol. menth. piper.), sowie die intralaryngeale Injection von Mentholparaffine (1 : 75 dreimal wöchentlich). — Weit wesentlicher ist ein zweckmässiger Sprechcursus, der 1—2 Monate zu dauern und auf die Athmung, die Articulation, die Tonhöhe und die Resonanz der oberhalb der Stimmritze liegenden Cavitäten Rücksicht zu nehmen hat. Verf. giebt nähere Anweisungen über die Art dieses Unterrichtes und schliesst seine lesenswerthe Arbeit mit einem Bericht über 6 seiner Fälle.

F. KLEMPERER.

f. Schilddrüse.

144) **Redact. Mittheilung. Neuere Ansichten über die physiologische Function der Schilddrüse. (Recent views on the physiologic function of the thyroid gland.)** *N. Y. Medical News. 1. October 1898.*

Der Artikel berichtet über den Standpunkt von Munk und Exner, die der Schilddrüse keine so grosse Bedeutung zuschreiben können, sowie über die Arbeiten von Cyon, Berard und Magnus-Levy, welche die Theorie zu stützen geeignet sind, dass die Schilddrüse ein für den Körper sehr wesentliches Product secernirt.

LEFFERTS.

145) **Wm. E. Mosley. Der Werth der Schilddrüse. (The use of thyroid.)** *N. Y. Medical News. 17. September 1898.*

Verf. stellt die bisher bekannten Thatsachen über den Einfluss der Schilddrüse auf den Stoffwechsel zusammen.

LEFFERTS.

146) **Antonow. Materialien zur Frage der Wirkung von Thyreoidinum siccatum Merck auf den Stickstoffumsatz bei corpulenten Leuten unter gemischter Nahrung.** Dissert. Petersburg. 1898.

Die Arbeit war dem Referenten nicht zugänglich.

P. HELLAT.

147) **Afanasiew. Ueber die Behandlung der Fettsucht mit verschiedenen Schilddrüsenpräparaten. (K woprosu o letschenii oshirenia roslitschnimi preparatami schtschitowidnoi jelesi.)** *Terapew. Westnik. 1898.*

Als bestes Mittel erwies sich das Thyreoidin Merck; bei einer Dosirung von 0,2—0,4 verloren die Patienten täglich 1/2 bis 1 Pfund an Gewicht.

P. HELLAT.

148) **Redact. Notiz. Die letzten Berichte über die Thyroidtherapie. (The latest reports on thyroid therapy.)** *N. Y. Med. Record. 31. December 1898.*

Die Ausbreitungsfähigkeit der Thyroidtherapie scheint noch immer nicht erschöpft; keine Woche vergeht, ohne dass neue Berichte Neues von ihrer

Leistungsfähigkeit zu melden wissen. So empfiehlt Hertoghe die Schilddrüse als Galactagogum und Stonwell bestätigte seine Augaben. In der Klinischen Therapeutischen Wochenschrift (No. 24, 1898) wird der Nutzen der Thyroidea bei spastischem Torticollis, bei Tetanie, Acromegalic, Parkison'scher Krankheit mit Struma und Sclerodermie gerühmt. Delace theilt den Fall einer hämophilen Frau mit Zahnfleischblutungen, übermässiger Menstruation und Purpura mit, der durch Thyroidea vollständig geheilt wurde. In der Gynaecologie wurde die Schilddrüsentherapie bei fibroiden Tumoren angewendet, die danach an Grösse abnahmen. In der Dermatologie wird die Schilddrüse hauptsächlich bei Psoriasis und Ichthyosis gegeben, auch gegen verfrühtes Grauwerden ist sie empfohlen worden.

LEFFERTS.

149) **Roger** und **Garnier** (Paris). **Experimentelle Infection der Schilddrüse. (Infection thyroidienne experimentale.)** *Société de Biologie. 1. October 1898.*

Die Verf. erzeugten mittelst Typhusbacillen und Staphylococcen beim Kaninchen Infection der Schilddrüse, indem sie das Bacterienmaterial in die Carotis einbrachten, die vorher in ihrem oberen Theil unterbunden war. Die Kultur direct in die Schilddrüsengefässe einzubringen, war wegen der Enge derselben nicht möglich.

Die Verf. erzielten acute, subacute und langsame, in etwa 1 Monat verlaufende Infectionen der Schilddrüse. Sie beschreiben den microscopischen Befund der 3 Formen, der den Bildern entspricht, welche die Schilddrüse beim Menschen in der Mehrzahl der Infectionskrankheiten darbietet. In den acuten Fällen sind namentlich die Gefässe und auch die Drüsenquellen selbst verändert, in den weniger acuten ist das interacinöse Bindegewebe infiltrirt, in den noch langsamer verlaufenden constatirt man eine richtige Sclerose mit Untergang der meisten Acini.

PAUL RAUGÉ.

150) **E. Grasset. Der Blutparasit des Kropfes. (L'hématozaire du goitre.)** *Académie des Sciences. 4. Juli 1898.*

Da Verf. wiederholt beobachtete, dass Kropf sich unter fieberhaften Symptomen entwickelte, hält er denselben nicht für eine Localerkrankung, sondern für eine Allgemeinkrankheit, bei der ein Symptom im Vordergrund steht, d. i. die Volumenszunahme der Schilddrüse. Die Patienten, die an dieser bisher als Kropf bezeichneten Allgemeinerkrankung leiden, haben eine grosse Schilddrüse, gerade so wie die Malariakranken eine grosse Milz haben.

Zwischen dem Sumpffieber und dem Kropf bestehen auch sonst zahlreiche Analogien: Beide Krankheiten haben ihre besondere geographische Verbreitung; beide afficiren sie eine Drüse mit sogen. interner Secretion, beide führen zu einem cachectischen Endstadium, dem Cretinismus, resp. der Malaria-Cachexie.

Von der Theorie ausgehend, dass auch der Kropf eine Infectionskrankheit ist, hat Verf. seit 1897 den Infectionserreger im Blut seiner Kranken gesucht. Bei alten Kranken fand er nichts; im Blute der Patienten aber, bei denen die Krankheit erst seit 10—15 Tagen bestand, konnte er parasitäre Elemente nachweisen. Dieselben sind sphärische Gebilde, grösser als die rothen Blutkörperchen ohne Kern; sie enthalten Körnchen von rothem Pigment und besitzen einen langen,

frei sich bewegenden Geisselfaden. Der Parasit hat viel Aehnlichkeit mit dem Laveran'schen Malariaparasiten; er unterscheidet sich von demselben durch die rothe Färbung des Pigments und durch das Fehlen der Halbmonde. Diesen Befund erhob G. bei 8 frischen Fällen von Kropf. PAUL RAUGÉ.

151) **Ferrier. Symptomatologie und Behandlung des epidemischen Kropfes. (Symptomatologie et traitement du goître épidémique.)** *Archives gén. de Méd. September 1897.*

a) Localsymptome:

Die wesentlichste Erscheinung ist die Vermehrung des Volumens der Schilddrüse ohne Veränderung der Consistenz. Die Hypertrophie ist vorzugsweise eine den rechten Lappen betreffende; man findet in derselben manchmal kleine Cysten.

b) Allgemeinsymptome:

1. am Circulationsapparat. Man constatirt oft Bradycardie; die Pulszahl kann bis auf 40 sinken.
2. am Nervensystem: Zittern, vasomotorische und trophische Störungen.
3. der Verdauungs- und der Athemtractus sind gewöhnlich nicht afficirt. Die Harnstoffausscheidung ist vermindert; die Temperatur ist im Anfang eher unter der Norm, als fieberhaft.

F. beobachtete 24 Fälle; er behandelte dieselben in 3 Gruppen:

a) mit Schilddrüsenzufuhr; die Resultate waren gut.
b) mit Jod; ohne Erfolg.
c) mit Thymus; ohne rechten Erfolg. PAUL RAUGÉ.

152) **Chas. R. Dickson. Electricität bei der Behandlung des Kropfes. (Electricity in the treatment of goitre.)** *N. Y. Med Record. 24. September 1898.*

Bei Basedow'scher Krankheit bevorzugt D. die tägliche percutane Application milder Ströme, wobei der Pat. so weit als möglich sich zurücklehnen soll. Bei Schwellungszuständen der Thyreoidea wird der positive Pol auf das Abdomen oder die Schulter gesetzt und eine percutane Application 5 oder 10 Minuten lang über der Thyreoidea geübt. Bei leichteren Formen von Hypertrophie gebraucht D. eine Electrode von der Grösse des Kropfes und Ströme so stark, als sie ertragen werden können. Bei grösseren Kröpfen zieht er die Zerstörung des Gewebes mit dem negativen Pol und die Bildung einer Cyste in dem Kropf vor. Bei cystischem Kropf wird die Cyste entleert, mit Salzlösung gefüllt und dann die negative Electrode angesetzt. LEFFERTS.

153) **M. Jaboulay** (Lyon). **Die Exothyropexie. (L'exothyropexie.)** *Lyon méd. 18. Juli 1898.*

Die Exothyropexie erfüllt eine doppelte Indication: Sie entlastet den Hals und die verschiedenen Organe desselben und zweitens führt sie zur Atrophie des Kropfes. Bei dem suffocativen Retrosternal-Kropf erspart die Exothyropexie die Tracheotomie, dasselbe gilt von den seitlichen Kröpfen, welche die Trachea transversal comprimiren.

Wenn man einen Kropfkranken tracheotomirt, so muss man öfters die Schilddrüse in die Höhe heben, um zur Trachea zu gelangen. In solchen Fällen sieht man manchmal den Kropf zurückgehen und atrophiren. Aber diese vorbereitende Operation bei der Tracheotomie ist in keiner Weise eine Exothyropexie. Bei der letzteren wird die Trachea nicht eröffnet und das macht einen gewaltigen Unterschied. Diese einfache und reine Exothyropexie ist es, die J. der Tracheotomie gegenüberstellt und die er derselben weit vorzieht. Will man die Exothyropexie machen, so luxirt man die Geschwulst aus der Wunde und „lässt sie dort"; weiter gehen, heisst auf die alten Operationen zurückkommen. PAUL RAUGÉ.

154) **Victor Miller. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 10. December 1898.*

Die Symptome der Basedow'schen Krankheit sollen eine deutliche Vorliebe für die rechte Seite des Körpers zeigen, besonders in den Frühstadien der Krankheit. Fitzgerald (Dublin), der diese Erscheinung zu erklären versuchte, hielt die Tachycardie auch für ein rechtsseitiges Symptom, weil der rechte Vagus mit der Hemmung des Herzens wahrscheinlich mehr zu thun hat als der linke, indem das Herz „bald nach seinem Erscheinen im Embryo nach der rechten Seite hervorragt, wo es mit dem entsprechenden Vagus in Beziehung tritt."

LEFFERTS.

155) **J. E. Nihill** (Melbourne Victoria). **Krankengeschichten von 2 Fällen von Basedow'scher Krankheit in ihrer unvollständigen Form. (Notes of two cases of exophthalmic goitre in its incomplete form.)** *Intercolonial Medical Journal of Australia. 20. December 1898.*

Fall 1: 25jährige Frau mit einseitigem Exophthalmus. Mehrmonatliche medicamentöse Behandlung brachte wenig Besserung. Um diese Zeit hatte die Pat. einen heftigen Anfall von Tonsillitis. Nach der Heilung derselben war eine entschiedene Besserung der Basedow'schen Symptome zu constatiren. N. erörtert die Frage, ob diese Besserung durch die Entwicklung eines Antitoxins zu erklären ist oder ob es sich um eine rein zufällige Coincidenz handelte. — Fall 2 betrifft einen Mann von 53 Jahren. ADOLPH BRONNER.

156) **E. Boinet** (Marseille). **Pathogenese der Basedow'schen Krankheit. (Pathogénie du goitre exophthalmique.)** *Marseille médical. 1. Juli 1898.*

Verf. bespricht die neueren Arbeiten über die Bedeutung der Schilddrüse und weist auf die Analogien zwischen dem Morbus Basedowii und dem Diabetes hin. Die Hypersecretion der Schilddrüse und die Vasodilatation ihrer Gefässe steht ebenso unter dem Einfluss des Centralnervensystems, wie die Hyperfunction der Leber, die sich als Diabetes äussert. Die Basedow'sche Krankheit ist primär als Reizungs-Neurose der Basedow'schen Centren zu betrachten. Zu dieser tritt erst später und secundär die Reihe der toxischen Symptome. Die secundäre Thyroidintoxication wirkt dann ihrerseits wieder zurück auf die nervösen Centralorgane. So lässt sich — wie bereits Renault (Congrès de Bordeaux 1898) sagte — weder eine rein bulbäre, noch eine Schilddrüsen-Theorie der Basedow'schen

Krankheit aufstellen, so wenig wie eine rein nervöse oder eine rein hepatische Theorie des Diabetes ausreicht. PAUL RAUGÉ.

157) **L. Weiler** (St. Dié). **Die Schilddrüsenverordnung bei Basedow'scher Krankheit. (La médication thyroidienne dans le traitement du goitre exophthalmique.)** *Presse médicale. 27. August 1898.*

W.'s Beobachtung steht im Widerspruch zu der fast einstimmigen Ansicht der Autoren, die Schilddrüse bei Basedow für nutzlos oder gar für gefährlich halten. W.'s schwerer Fall, der allen anderen Medicamenten trotzte, wurde durch die Thyroidtherapie ausserordentlich beeinflusst. W. räth deshalb bei Basedow das Thyroidin stets, wenn auch mit Vorsicht, zu versuchen, da es offenbar Fälle giebt, in denen es Nutzen bringt. PAUL RAUGÉ.

158) **Sir William Stokes. Thyroidectomie bei Basedow'scher Krankheit. (On thyroidectomy in exophthalmic goitre.)** *Brit. Med. Journal. 29. Octob. 1898.*

Vortrag gehalten in der Section für Chirurgie auf der Edinburger Versammlung der Brit. Med. Association.

Pat. ist 32 Jahre alt. Die Anschwellung der Schilddrüse wurde 1887 zuerst bemerkt. 1894 besserten sich die Symptome unter geeigneter Behandlung, aber 1896 kehrten sie wieder. Der Halsumfang betrug 18 Zoll, die Herzaction war unregelmässig, die Augen vorstehend; Graefe's und Stellwag's Symptom nicht vorhanden. Ein grosser centraler Tumor und ein kleinerer rechtsseitiger wurden aus der Schildrüse excidirt. Während der Operation mehrere heftige Anfälle von Dyspnoe und Ohnmacht, doch Ausgang in Heilung. ADOLPH BRONNER.

159) **Redact. Notiz. Der Effect der Sympathicusresection bei Basedow'scher Krankheit. (The effects of resection of the sympathetic on exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 8. October 1898.*

Bericht über die mit dieser Operation erzielten Erfolge mit Wiedergabe eines der französischen Fälle. LEFFERTS.

160) **Ch. Abadie** (Paris). **Die Ursache der Todesfälle nach der Thyroidectomie. (Des causes de la mort dans les opérations de thyroidectomie.)** *Bulletin méd. 23. März 1898.*

Wieder einmal, wie schon so oft in den letzten 2 Jahren, tritt Abadie für die Sympathicus-Theorie der Basedow'schen Krankheit ein. Er wendet sich gegen die von Poncet, Jaboulay und Bérard ausgesprochene Meinung, dass der plötzliche Tod nach Eingriffen an der Thyreoidea durch den Uebergang einer übermässigen Menge von Schilddrüsensecret in die Blutbahn verursacht sei. Die Schilddrüse bildet ihr Secret nur dem jeweiligen Bedürfniss entsprechend und kann nicht plötzlich in einem gegebenen Moment eine grosse Menge davon auf einmal abgeben. A. glaubt auch nicht an eine gesteigerte Bildung des Secrets unter dem Einfluss des Reizes, den die Operation selbst auf die Secretionsnerven ausübe. Ebensowenig scheint ihm die Annahme zulässig, dass beim Morbus Basedow das Schilddrüsensecret hypertrophisch wird und plötzliche Zufälle hervor-

ruft; weisen doch alle Erfahrungen darauf hin, dass die künstliche Hyperthyroidation beim Thiere erst nach längerer Zeit den Tod herbeiführt.

Der Schluss, zu dem Verf. natürlich gelangt, ist: richtig ist nur die Theorie von Abadie, dass eine permanente Reizung der Vasodilatatoren des Sympathicus vorliegt. Als therapeutische Consequenz ergiebt sich daraus: Niemals bei Basedow die Schilddrüse anrühren; nur am Sympathicus darf eingegriffen werden, aber auch dort ist alles zu vermeiden, was einen zu lebhaften Reiz setzen kann (ausgedehnte Resection), weil dadurch die Herznerven in Mitleidenschaft gezogen werden und die letalen Anfälle von Tachycardie entstehen können, die man nach dem Eingriff mehrfach beobachtet hat. Die einzig empfehlenswerthe Operation bleibt die einfache Durchschneidung des Sympathicus. PAUL RAUGÉ.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. November 1898.

Treitel stellt einen 19jähr. Pat. vor, der seit 2 Jahren heiser ist und seit kürzerer Zeit Athembeschwerden hat.

Die rechte Hälfte des Velum ist nach oben gezogen und zeigt eine tiefe Narbe, die Uvula fehlt, im Nasenrachen sieht man knotige Verdickungen und Narben. Von den Stimmbändern ist im hinteren Theil nur ein schmaler Streifen vorhanden, in der vorderen Hälfte sind sie diaphragmatisch verwachsen. Da die Knoten im Nasenrachen nach Jodkaligebrauch zurückgegangen sind, handelt es sich wohl um Lues. Auf die Frage, ob jetzt schon die Intubation angezeigt wäre, räth A. Rosenberg dieselbe zu verschieben, bis die vorhandenen entzündlichen Erscheinungen in der Kehlkopfschleimhaut gänzlich geschwunden sind.

Kirstein zeigt ein Instrument, mittelst dessen man die Regio retrolaryngealis besichtigen kann, das wie ein Oesophagoskop construirt und zu gebrauchen ist und einen bei der Einführung gegen die Wirbelsäule zu richtenden und dann nach vorn zu drehenden Ausschnitt hat.

A. Rosenberg zeigt das Präparat eines Larynxcarcinoms von einem vor 14 Tagen operirten 54jähr. Pat., das die ganze linke Seite des Kehlkopfes einnahm und den Ringknorpel necrotisirt hatte. Wie gewöhnlich bei älteren Carcinomen erwies sich auch dieses viel ausgebreiteter, als die laryngoscopische Untersuchung vermuthen liess. Die nach der Exstirpation der erkrankten Partie

entstandene Wundhöhle wurde von Gluck nach seiner Transplatationsmethode mittelst eines benachbarten Halshautlappens gedeckt, so dass die linke Seite der Kehlkopfhöhle eine cutane Auskleidung erhält.

P. Heymann bestätigt aus seiner Erfahrung die Vorzüge der Gluck'schen Operationsmethode.

Alexander zeigt das Präparat eines Aortenaneurysma, das bei einem 54 jähr. Arbeiter Schmerzen in Brust und Hals, Bluthusten und Heiserkeit (in Folge von linksseitiger Recurrenslähmung) verursacht hatte. Es war durch die physikalischen Untersuchungsmethoden nicht diagnosticirbar, konnte aber bei der Röntgenisirung sofort als solches erkannt werden.

Holz: Cysten der mittleren Muschel.

Bei einem 72 jähr. Pat. mit linksseitiger Nasenverstopfung fand H. einen bis in das Nasenloch reichenden prallen Tumor, bei dessen theilweiser Extraction sich Eiter aus demselben ergoss: bei der nächsten Operation entleerte sich seröse Flüssigkeit. Es ist eine multiloculäre von der mittleren Muschel ausgehende Cyste (kein Polyp), eine Geschwulst, innerhalb deren durch Knochenreizung wohl die Drüsenausführungsgänge verstopft worden sind.

In der Discussion, an der sich P. Heymann, Rosenberg und Herzfeld betheiligen, werden Zweifel daran laut, dass die besprochene Erkrankung eine solche sui generis sei resp. ob sie nicht in genetischem Zusammenhange mit den Knochencysten der mittleren Muschel stände, was Holz zu widerlegen sucht.

Herzfeld berichtet über das Resultat der mikroskopischen Untersuchung der Mm. cricothyr. und postici und der Nn. vagi und laryng. sup. des Pat. mit doppelseitiger Recurrenslähmung, über den H. in der letzten Sitzung gesprochen und zeigt die Präparate vor. Die Nerven sind nicht wesentlich verändert; während aber die Mm. cricothyr. ein normales Aussehen zeigten, waren die Posticusmuskelfasern zerstückelt, verschieden breit und zeigten Kernvermehrung. Da bei dem Pat. im Leben totale doppelseitige Recurrenslähmung vorhanden war, hätten die wohl erhaltenen Mm. cricothyr., wenn sie im Stande sein sollten, allein Medianstellung zu erzeugen, eine solche hier herbeiführen müssen, was sie thatsächlich nicht gethan.

Grabower: Dieser Fall beweist, dass Grossmann's Annahme, bei der Recurrenslähmung müsste Medianstellung eintreten, falsch ist. Aus seinen Versuchen hat G. die Vorstellung gewonnen, dass die Mm. cricothyreoid. Hilfsmuskeln der Adductoren, insbesondere der Thyrearyt. int. seien. Jene treten erst in Function, wenn diese die ihrige bereits begonnen haben; wenn diese ihre Function einstellen, so thun es die Cricothyreoidei auch.

Sitzung vom 9. December 1898.

Gutzmann demonstrirt Gipsmodelle von Sagittalschnitten des Rachens, die er nach dem Leben (bei einem Pat., dem der linke Oberkiefer entfernt war) in

6 verschiedenen Aufnahmen hergestellt hat, so dass sie, in eine stroboskopische Scheibe gebracht, die Bewegungen der Rachenmuskulatur darstellen. Er fand beim Phoniren einen vollkommenen Abschluss des Nasen- vom Mundrachen.

B. Fränkel: Dass bei der Phonation der Nasenrachenraum nicht luftdicht nach unten abgeschlossen ist, zeigt der Umstand, dass bei intranasalen Einblasungen von Pulver dieses auf der hinteren Rachenwand zu sehen ist und öfter Husten ausgelöst wird. Ausserdem konnte F. bei einem Pat. mit Defect der Nase vom Nasenrachen aus bei der Phonation Licht in den tieferen Pharynx eindringen lassen.

Flatau hat in zwei Fällen von Gaumensegelperforation, deren einen er vorstellt, gute Resultate durch die Staphylorrhaphie erzielt, wenn er statt der üblichen sagittalen eine transversale Naht anlegte; dabei findet keine Zerrung an derselben seitens der Gaumenmuskeln statt wie bei ersterer. Allerdings tritt dabei eine Verkürzung des Gaumensegels ein; die dadurch anfänglich verursachte Rhinolalia aperta wird aber durch Sprachunterricht bald ausgeglichen.

Flatau: Ueber persistirende Fistelstimme.

Neben der optischen Untersuchung Kranker mit Fistelstimme ist für die Erkennung und Formulirung der Stimmstörung eine acustische, phonographische Fixation nöthig, die gleichzeitig dem Zwecke der Darstellung, des Unterrichts und der Controle der Therapie dient.

Man unterscheidet am besten: 1. Mutismus prolongatus, 2. Fortbestehen der kindlichen Stimme, 3. persistirende Fistelstimme — a) reine, b) diplophone Form, 4. Mutismus perversus (mannähnliche Stimme bei der Frau).

Die Therapie besteht in Tonübungen.

Haase zeigt eine Patientin, bei der man mittelst Rhinoscopia anterior die Mündung der Keilbeinhöhle sehen kann.

Hansemann: Untersuchungen über die Entwicklung der Morgagni'schen Taschen.

H. erläutert an reconstruirten Wachsmodellen die Entwicklung des Sin. Morgagni. Im Anfange des 4. Monats tritt er als eine kleine Bucht seitwärts und ein wenig nach oben heraus; allmälig wächst er und erweitert sich nach oben, wobei individuelle Verschiedenheiten bemerkbar. — In der Zeit vor der Entwicklung des Ventrikels ist der Larynxeingang geschlossen und stellt nur kurz vor ihrem Beginne einen schmalen Spalt dar; er wird dann weiter durch stärkere Entwicklung und Ausbuchtung des Schildknorpels und Grössenabnahme der Arywülste. Während weiter das Zungenbein anfänglich vor der Cartil. thyr. liegt, verschiebt es sich im Beginne des 4. Monats, d. h. zur Zeit der Entstehung des Ventrikels nach oben über den Schildknorpel. Ausser diesem zeitlichen Zusammenhang zwischen der Verschiebung des Zungenbeins und der Cart. thyr. und der Entwickelung des Sin. Morgagni besteht aber auch ein mechanischer. H. fand einmal bei einem 7,5 cm langen Fötus schon das Zungenbein über dem Schildknorpel stehen; gleichzeitig aber war der Ventrikel von colossaler Grösse.

Allerdings ist die spätere Form des Sinus nicht abhängig von und zusammenhängend mit diesen Verhältnissen.

Die Taschen sind verschieden tief auch bei denselben Patienten auf beiden Seiten; sie können mehr nach dem Zungenbein zu sich entwickeln oder mehr nach der Seite zwischen Zungenbein und Schildknorpel (Laryngocele ventricul.).

Sandmann macht darauf aufmerksam, dass bei Schaf und Rind, die keine Recessus haben, nicht die grossen, sondern die kleinen Hörner mit dem Zungenbein in Verbindung stehen.

Unter 150 Fällen fand er 3mal Asymmetrieen beim menschlichen Ventrikel; der rechte ist öfter tiefer als der linke; einmal waren die Blindsäcke sehr faltig u. a. m.

Meyer fand bereits bei 3 Monate alten Föten einen entwickelten Ventrikel.

Hansemann demonstrirt 3 Präparate von chronisch-fibrinöser Entzündung der Larynx- und Trachealschleimhaut; es handelt sich dabei, nicht wie beim Croup, um einzelne festhaftende Flocken. Immer handelte es sich um Patienten mit alter Syphilis.

P. Heymann hat diese Krankheitsform auch einmal in der Trachea eines Tuberculösen gesehen.

A. Rosenberg zweifelt daran, dass der auf dem Moskauer Congress von ihm beschriebene Fall von Laryngitis fibrinosa bei einem alten Syphilitiker mit den Hansemann'schen identisch ist.

Ferner zeigt

Hansemann ein Präparat mit starker Entwickelung, einer Art Divertikelbildung im Sinus pyriformis; ein weiteres mit Divertikel neben dem Petiol. epigl., ein solches mit einer versprengten Schilddrüse an der Zungenbasis, eines mit einer Cyste im Sinus pyriform; eines mit einer Cyste an einem Lig. aryepiglottic. und schliesslich ein Präparat mit Anteflexio epiglottidis, wie er sie zumeist bei Lues fand. A. Rosenberg.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, September. 1899. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, Instrumente etc.

1) **A. A. Coolidge jr. Die neueren Fortschritte auf dem Gebiete der Laryngologie. (Recent progress in laryngology.)** *Boston Med. and Surgical Journal. 2. Februar 1899.*

Uebersicht über die neuesten laryngogischen Arbeiten. EMIL MAYER.

2) **Emil Mayer. Klinische Mittheilungen aus der Abtheilung für Halsfälle. (Clinical memoranda from the throat Department.)** *New York Eye and Ear Infirmary Reports. 1899.*

Mittheilung von 4 Fällen:

1. Starke Adenoide bei einem Erwachsenen ohne Symptome von Seiten der Ohren, obwohl beiderseits der Eingang der Tuba Eustachii verschlossen war.

2. Tuberculöser Tumor der Epiglottis, ähnlich maligner Erkrankung.

3. Retropharyngealabscess bei einem Kind, das bei der Aufnahme moribund erschien. Heilung.

4. Cyste der mittleren Muschel; Exstirpation; Heilung. Die Theorie, dass eine chronische Entzündung der Nasenschleimhaut sich auf den Knochen verbreitet, an diesem hyperplastische und dann resorptive Vorgänge auslöst, erscheint dem Verf. sehr plausibel. Autoreferat.

3) **Dunbar Roy. Einige Fehlerquellen in der modernen Therapie der Hals- und Nasenkrankheiten. (Some of the fallacies in the modern treatment of nose and throat disease.)** *Journal American Med. Assoc. 6. Mai 1899.*

R. bespricht einige therapeutische Fehler, die theils der Unkenntniss, theils zu flüchtiger Untersuchung des Falles entspringen. Zu oft werden nach seiner Meinung die Sprays angewandt, die den Schleimhäuten schaden können. Missbrauch wird auch noch immer mit dem Electrocauter getrieben. EMIL MAYER.

4) **Redact. Notiz. Mumps. (Mumps.)** *Philad. Med. Journal. 11. März 1899.*

Folgende Salbe soll bei Mumps nützlich sein:

Ichthyol.
Plumb. jodati ana 2,7
Ammon. chlorat. 1,8
Vaselin 3,75.

M. D. S. 3 mal täglich über der geschwollenen Drüse einzureiben.

EMIL MAYER.

5) **R. Meslay** und **Parent. Tuberculose der Ohrspeicheldrüse. (Tuberculose de la glande parotide.)** *Gaz. des Hôpitaux. 11. Februar 1899.*

Die Verff. geben auf Grund von 10 bisher publicirten Fällen eine allgemeine Uebersicht über die Tuberculose der Parotis. Anatomisch lassen sich zwei Formen unterscheiden: die disseminirte, bei der man verschiedene, durch mehr oder weniger verändertes Drüsengewebe getrennte Herde findet, und die confluirende, bei der die Drüse nur eine mehr oder weniger weit in der Verkäsung vorgeschrittene Masse bildet (2 Fälle). Die mikroscopische Untersuchung erweist deutlich, dass es sich um eine glanduläre Tuberculose handelt.

Das Eindringen des Koch'schen Bacillus findet meistens durch die Ausführungscanäle statt, mittelst Ascension durch den Stenon'schen Gang vom Munde aus; es kann aber auch auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahnen vor sich gehen.

Unter den 10 beobachteten Fällen betreffen 6 Männer, 4 Frauen; die linke Seite war 6 mal afficirt. Meist ist die Parotistuberculose eine locale und primäre; ihr Anfang ist schleichend, ihre Entwicklung indolent. Die Aufmerksamkeit des Kranken wird erst durch die Bildung des Tumors, der die Grösse eines Hühnereies nicht überschreitet, erregt.

Die Diagnose hat Schwierigkeiten, besonders im Anfang; Verwechslung mit erweichten Gummiknoten liegt nahe.

Die Prognose ist günstig, falls frühzeitig chirurgisch eingegriffen wird. Die Totalexstirpation der Drüse ist rathsam.

A. CARTAZ.

6) **Curtis** und **Phocas. Beitrag zum Studium der Mischgeschwülste der Parotis. (Contribution à l'étude des tumeurs mixtes de la parotide.)** *Archives provinc. de Méd. Januar 1899.*

Die Anschauungen der Autoren über die Natur dieser Geschwülste sind getheilt. Curtis und Phocas berichten über eine sehr sorgfältige Untersuchung eines gemischten Parotistumors. Die Verff. drücken die Meinung aus, dass es sich um ein Endotheliom mit Ursprung im Bindegewebe, nicht im Epithel handelt.

A. CARTAZ.

7) **Delagenière** (Tours). **Congenitale Dermoidgeschwulst des Halses. (Tumeur dermoide congénitale du cou.)** *Société de Chirurgie. 21. December 1898.*

13 jähriges Kind mit einer Fistel am Halse, die durch die spontane Eröffnung eines Tumors entstanden war. Aus der etwas eingesunkenen rundlichen Fistelöffnung entleerte sich von Zeit zu Zeit etwas trübe Flüssigkeit. Der Fistel-

gang führte nach dem Pharynx; er wurde gespalten und zur Verheilung gebracht. Verf. hält die Geschwulst, die zuerst bestand, für eine Dermoidcyste branchialen Ursprungs.

PAUL RAUGÉ.

8) **Danlos. Schwellung der Submaxillardrüsen durch Jod. (Tuméfaction des glandes sous-maxillaires d'origine jodique.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 9. December 1898.*

Eine ausgesprochene Anschwellung der Unterkieferdrüsen, die auf den Gebrauch von Jodkali zurückgeführt wurde.

PAUL RAUGÉ.

9) **P. Chenell Fenwick** (Christchurch New Zealand). **Pulsirender Tumor der Submaxillargegend. (Pulsating tumour of the submaxillary region.)** *Austral. Medical Gazette. 20. Mai 1899.*

30 jähriger Mann mit einem Tumor von der Grösse eines Golfballs unter dem linken Unterkiefer. Derselbe fühlte sich wie eine gespannte Cyste an und pulsirte sichtbar. Die Diagnose wurde auf Aneurysma der Zungenarterie gestellt. Der Tumor wurde sehr sorgfältig herauspräparirt — die Operation dauerte zwei Stunden — und entfernt; er erwies sich als zusammengesetzt aus varicösen Venen. Aus der Anamnese ist ein Fall auf das Kinn, den der Pat. mehrere Jahre vorher erlitten hatte, zu erwähnen.

A. J. BRADY.

10) **H. L. Lack. Eine neue Schlinge für Nasen-, Hals- und Ohrenoperationen. (A new snare for nose, throat and ear work.)** *Brit. Med. Journ. 2. April 1898. Lancet. 2. April 1898.*

Abbildung und Beschreibung des bei Mayer und Meltzer angefertigten Instrumentes. Dasselbe kann bei harten Geschwülsten auch eine Schneidewirkung ausüben.

ADOLPH BRONNER.

11) **J. Gabe. Eine Combination von Zungenhalter und Thermometer. (A combined tongue depressor and thermometer case.)** *Lancet. 15. November 1898.*

Abbildung.

ADOLPH BRONNER.

12) **Breitung. Sterile Tupfer für Operationen in Nase und Rachen.** *Mon. f. Ohr. No. 11. 1898.*

Korkzieherartig gedrehte eiszapfenförmige Stäbchen aus Glas, welche mit Watte umwickelt werden. Zu haben bei Pfau, Berlin.

SCHECH.

13) **Heermann** (Essen). **Aseptische Galvanokauter.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VIII. p. 202.*

Beschreibung und Abbildung der von Hirschmann (Berlin) angefertigten Brenner. Statt der Seideumspinnung haben dieselben nahe dem Handgriff eine kurze Hartgummiisolirung.

F. KLEMPERER.

14) **Lamann. Doppelbatterieeingriff und Hilfsstrom in der electro- und katalytischen Praxis.** *Mon. f. Ohr. No. 12. 1897.*

Ein Sarcom des Nasenrachenraumes sollte electrolytisch zerstört und auf die

inficirten Drüsen katalytisch eingewirkt werden, was aber nicht gelang. Deshalb wurde die electrolytische Wirkung verstärkt, ohne die katalytische zu schädigen, was L. näher anführt und im Original nachzulesen ist. SCHECH.

15) **A. Singer** (Wien). **Ueber Salmiak-Inhalation.** *Wiener med. Presse. No. 38, 39. 1898. Wiener med. Wochenschr. No. 9. 1898.*

Demonstration eines von Prof. Urbantschitsch modificirten Apparates, welcher auf dem Principe Matthieu's fusst. Derselbe dient zur Inhalation von Salmiakdämpfen in statu nascendi. CHIARI.

16) **A. Duke. Inhalator für heisse trockene Luft. (Warm dry air inhaler.)** *Brit. Med. Journal. 12. November 1898.*

Abbildung und Beschreibung des von Arnold & Sons (London) angefertigten Apparates. ADOLPH BRONNER.

17) **H. H. Beale. Ein Mund-Nasen-Inhalationsrohr. (An ori-nasal inhalation tube.)** *Lancet. 16. Juli 1898.*

Abbildung und Beschreibung des Apparates, der bei Haw & Thompson (Aldergate Street) angefertigt wird. Die Drogue wird in das Ende der Röhre eingebracht, das Rohr selbst durch eine vorn untergehaltene Spirituslampe erhitzt, so dass heisse Luft inhalirt wird. ADOLPH BRONNER.

18) **E. Yonge. Auto-Insufflator für den Kehlkopf. (Laryngeal Auto-insufflator.)** *Lancet. 4. Juni 1898.*

Beschreibung und Abbildung des von Wood & Sons, Manchester, angefertigten Instrumentes. ADOLPH BRONNER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **Douliot. Sehen durch die Nase. (Seeing trough the nose.)** *N. Y. Med. Journal. 25. Februar 1899.*

Verf. berichtet über einen Fall, wie verschiedene andere im 16. u. 17. Jahrhundert berichtet sind, in dem ein Mann nach Verlust beider Augen durch die Nase zu sehen lernte. Das rechte Auge war bereits in der Kindheit verloren gegangen, das andere war bei einem Fall auf ein Gitter zu Grunde gegangen, bei dem auch die Nase erhebliche Verletzungen erfuhr. Ein Jahr später bemerkte der Patient, dass er durch die Nasenöffnung das Tageslicht wahrnahm und dass er auch glänzende Gegenstände, die davor gehalten wurden, zu unterscheiden vermochte. Es ist wahrscheinlich, dass ein Stück Retina erhalten ist und dass bei dem Kranken eine verbindende Oeffnung zwischen Nase und Augenhöhle besteht. LEFFERTS.

20) **Bernoud. Cystische Degeneration beider mittlerer Muscheln; Bildung multipler Schleimcysten. (Dégénérescence kystique des deux cornets moyens. Kystes multiples à mucine.)** *Ann. des maladies de l'or. No. 10. Oct. 1898.*

67 jähriger Mann, dessen mittlere Muscheln eine myxomatöse Degeneration

der Schleimhaut erfahren haben; an der Oberfläche derselben sieht man eine grössere Zahl cystischer Hohlräume. E. J. MOURE.

21) **Condell Juler. Nasenpolyp. (Nasal polypus.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 4. März 1899.*

Die einzig rationelle Behandlung ist die Entfernung der Polypen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

22) **R. Mc Kinney. Papillom der Nasenhöhle: Eine kurze Uebersicht mit einer Krankengeschichte. (Papilloma of the nasal cavity: a brief review with report of case.)** *N. Y. Med. Journal. 4. März 1899.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

23) **M. J. Coomes. Zwei Fälle von grossen Gefässtumoren in Nase und Rachen. (Report of two cases of large vascular tumors of the nose and pharynx.)** *Louisville Med. Monthly. März 1899.*

Es handelt sich um Fibroangiome. C. legt Gewicht auf die Entfernung dieser Geschwülste in mehrfachen Sitzungen. EMIL MAYER.

24) **Weidenfeld** (Wien). **Demonstrationen von a) luetischem Geschwür im Gesicht, b) einem Falle von Rhinosclerom in der Nase und dem Rachen.** Wiener med. Club, Sitzung vom 23. November 1898. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 50. 1898.*

Im ersten Falle handelte es sich um ein luetisches Geschwür von seltener Ausbreitung; im zweiten ist bemerkenswerth, dass der Nasopharyngealraum bis auf Federkieldicke verengt war. CHIARI.

25) **von Leyden. Ein Fall von geheiltem Sarcom des Nasenrachenraums. (A case of cured sarcoma of the nasopharyngeal cavity.)** *N. Y. Med. Journal. 12. November 1898.*

70jähriger Mann, seit 10 Jahren an Taubheit und Athembeschwerden leidend. Als Verf. den Pat. sah, constatirte er ausserdem Verstopfung der Nase, Schluckbeschwerden, gelegentlich blutiggefärbten Eiterausfluss aus der linken Nase und auf der Mitte der linken unteren Muschel ein Ulcus, das auf Berührung leicht blutete. Im Nasopharynx bestand ein blaurother Tumor, der auf die rechte Tubenmündung übergegriffen hatte, die Oeffnung des linken gerade erreichte und die Choanen verschloss. Die mikroskopische Untersuchung zeigte zahlreiche Rundzellen und ovale Zellen. Wegen des Alters des Patienten wurde eine Radicaloperation aufgegeben und die Geschwulst stückweise in mehreren Sitzungen abgetragen. Inzwischen bekam der Pat. Fowler'sche Lösung.

Die Nasenathmung wurde frei, das Gehör gebessert; ein Recidiv ist bisher nicht eingetreten. Der Autor macht auf den Werth des Arsens aufmerksam.

LEFFERTS.

26) **Max Thorner** (Cincinnati). **Ein Fall von Adeno-Carcinoma der Nase.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie und Rhinologie. Bd. 8. Heft 2. p. 380. 1898.*

Krankengeschichte des Falles und Wiedergabe des mikroskopischen Unter-

suchungsbefundes. Die Dauer des Krankheitsverlaufes bis zum tödtlichen Ausgang betrug etwa 2 Jahre. Die Geschwulst ist ein typisches Adeno-Carcinom. Ob es gewisse Adenomformen giebt, die von Anfang an als Adenoma malignum s. destruens bezeichnet werden müssen, obwohl sie histologisch lange nicht von den gutartigen Adenomen unterschieden werden können, oder ob hier eine Umwandlung eines primär gutartigen Tumors in ein Carcinom vorliegt, entscheidet Verf. nicht.

F. KLEMPERER.

27) **J. N. Bloom. Epitheliom der Nase mit Aetzlauge behandelt. (Epithelioma of the nose treated with caustic.)** *Medical Review. 28. Januar 1899.*

Zweifelloses Epitheliom. Die Geschwulst wurde unter Chloroform curettirt und Kalilauge applicirt. Ausgang in Heilung.

EMIL MAYER.

28) **J. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Ein Fall von Carcinom der unteren Nasenmuschel. (A case of carcinoma of the inferior turbinated body.)** *Austral. Med. Gazette. 20. April 1899.*

Der 66jährige Mann litt seit einigen Monaten an Verstopfung der rechten Nasenseite. Dieselbe war durch eine von der unteren Muschel ausgehende und in die Choane hineinragende Geschwulstmasse vollständig verschlossen. Die Geschwulst wurde mit der Zange abgetragen und die Oberfläche curettirt, bis der Knochen ganz bloss lag. Danach wurde eine 40proc. Lösung von Suprarenalextract applicirt, weil diese Substanz die Ischaemie in malignen Geschwülsten befördern soll (Velich). Die mikroscopische Untersuchung der Masse ergab, dass es sich um ein Carcinom handelte. Bisher — 3 Monate nach der Operation — ist keine Spur von Recidiv vorhanden. Durch Transillumination ist erwiesen, dass die Highmorshöhle frei von Geschwulstmassen ist.

A. J. BRADY.

29) **Goris. Ueber das Abschälen des Gesichts behufs Zugang zur mittleren Nasenhöhle. (De la décortication de la face comme voie d'accès vers l'étage moyen du nez.)** *La Presse Méd. Belge. No. 51. 1898.*

G. macht in der Medico-chirurg. Gesellschaft von Brabant eine Mittheilung über das Abschälen der Gesichtshaut, um sich einen Zugang zur mittleren Nasenhöhle zu verschaffen, nach dem Vorgang von Bardenheuer (cfr. Sitzungsbericht der Belg. otolaryngol. Gesellschaft vom Juni 1898), mit der Modification, dass er 1. den häutigen Theil des Septums verschont, was vom plastischen Standpunkte aus sehr wichtig ist, indem am Schlusse der Operation die Nase sich leicht mit ihrer häutigen Haube bekleiden lässt, und dass er 2. durch die Oberkieferhöhlen hindurch den Siebbeinzellen zu Leibe rückt.

G. hat die Operation zweimal ausgeführt, einmal wegen halbseitiger fötider Naseneiterung bei einem 26jähr. Mann, der die Radicaloperation wegen der Incision der Gesichtshaut bisher verweigert hatte; das zweite Mal zur Entfernung eines bösartigen Tumors des aufsteigenden Astes des Unterkiefers, welcher den mittleren Nasengang und den Boden der Mundhöhle in Mitleidenschaft gezogen hatte.

G. hält die Methode wegen ihrer Einfachheit und weil sie keine Narben hinterlässt, ferner wegen der Eröffnung eines weiten Zugangs zu den tiefen Nasenhöhlen und Kieferpartien für ein ausgezeichnetes Verfahren.

BAYER.

30) **Walter A. Wells** (Washington). **Einige nervöse und geistige Krankheitserscheinungen, die im Zusammenhang mit Nasenerkrankungen vorkommen. (Some nervous and mental manifestations occurring in connection with nasal disease.)** *Amer. Journal Med. Scienc. December 1898.*

Der Verf. beschäftigt sich mit den Symptomen nasaler Verstopfung bei Kindern und Erwachsenen. Er betont, dass nasale Neurosen und nervöse Symptome der Nasenverstopfung etwas Verschiedenes sind und dass beider Erscheinungen auseinandergehalten werden müssen. Ein Symptom, das nasalen Ursprungs ist, soll als reflectorisches angesehen werden, wenn es

1. von bekannten anderen Reflexerscheinungen begleitet ist;
2. mit einer nasalen Läsion ohne Stenose einhergeht oder die Stenose wenigstens nicht permanent ist;
3. mit der Beseitigung dieser Läsion verschwindet, besonders wenn die Stenose dann noch fortdauert;
4. wenn es paroxysmalen Character hat;
5. wenn eine bestimmte hyperästhetische Zone vorhanden ist;
6. wenn das Symptom zeitweise fehlt und dann auf Berührung mit der Sonde wiedererscheint;
7. wenn es auf Cocain verschwindet.

Andererseits ist ein Symptom der nasalen Verstopfung zuzuschreiben, wenn dasselbe

1. immer mit Nasenstenose, und zwar mit einer stark ausgesprochenen einhergeht;
2. wenn die Stenose eine dauernde ist, wie z. B. die durch Hypertrophie bedingte;
3. wenn der Pat. an anderen Folgen der Stenose leidet, wie Anämie und schlechter Ernährungszustand, die das Symptom zu erklären geeignet sind;
4. wenn das Symptom erst bei Wiederherstellung der normalen Nasenathmung verschwindet;
5. wenn das Symptom am besten durch die Obstruction erklärt werden kann;
6. wenn die speciellen Reflex-Reactionen fehlen.

Der Verf. illustrirt diese Sätze durch eine Reihe von Krankengeschichten.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

31) **Walter A. Wells. Die Bedeutung der Harnsäure bei den nasalen Reflexneurosen. (The significance of uric acid in the nasal reflex neuroses.)** *N. Y. Medical Journal. 12. November 1898.*

Bei den nasalen Reflexneurosen, wie Asthma, Migräne, Neuralgie, gewissen Krämpfen, Epilepsie, Angina pectoris, Morbus Basedowii, ist die Zahl der eosinophilen Blutkörperchen während des Anfalls vermehrt und ebenso ist die Bildung und Ausscheidung der Harnsäure gesteigert. Darin aber kann nicht die Ursache jener nervösen Affectionen gesehen werden, sondern die einzige Theorie, die alle Erscheinungen ausreichend zu erklären vermag, ist die, dass beides, die nervösen

Symptome der Nasenerkrankung, wie die gesteigerte Harnsäurebildung, Folgen einer Ursache sind. Das Zwischenglied, das beide verbindet, sieht Verf. in der mangelnden Stabilität oder Hyperkinesie des vasomotorischen Sympathicusapparats.

LEFFERTS.

32) **A. A. G. Guye. Ueber Bronchialasthma und Athmungsgymnastik. (Over bronchial-asthma en ademhalingsgymnastiek.)** *Ned. Tijdschr. voor Geneesk. I. No. 2. 1899.*

Anlässlich der betreffenden Publication Talma's betont G. die Nothwendigkeit der nasalen Behandlung in geeigneten Fällen.

H. BURGER.

33) **Maljutin. Fälle von Nasenstein. (Slutschai nosewowa komnia.)** *Med. obosrenie. No. 10. 1898.*

Bei einem gesunden Mädchen fand M. 3 Steine in der gesunden Nase. Das Gewicht derselben betrug 1,5 g. In einem zweiten Falle fand sich ein Stein von 0,55 g.

P. HELLAT.

34) **Schanz. Luxation des Auges infolge von Blasen durch die Nase. (Luxation of eye from blowing the nose.)** *N. Y. Med. Journal. 31. December 1898.*

Es handelt sich um einen Glasbläser, dem bei seiner Arbeit durch einen plötzlichen Windstoss das Gas ins Gesicht schlug; er musste niesen und blies heftig durch die Nase; dabei trat ein Auge aus der Augenhöhle heraus, in die es nicht ohne Anstrengung von einem Nebenarbeiter zurückgedrängt wurde. Als der Pat. dem Verf. diese Geschichte erzählte und Verf. einige Zweifel nicht unterdrücken konnte, blies der Pat. durch die Nase und sofort trat das Auge hervor. Schanz drückte es zurück, wobei er die Lider durch Luft gespannt und bei Berührung knisternd fand; die Luft konnte zum Theil ausgedrückt werden. Im Laufe einer Woche verschwand das Emphysem, sowie die beginnende Entzündung. Der Pat. war als Gasbläser gewöhnt, die Backen aufzublasen. Dadurch war der Ductus stenonianus allmälig erweitert worden und die Parotis wurde gleichzeitig mit den Backen aufgeblasen. In den Wänden der Nasenhöhle war eine Perforation nicht zu finden.

LEFFERTS.

35) **Rosenthal** (Rixdorf). **Primäraffect an der hinteren Rachenwand, Infection von hereditär-syphilitischem Kinde.** *Dermatol. Zeitschrift. V. Bd. 6. Heft. 1898.*

Bei einem 14jähr. Mädchen, das mit der Pflege seines an Syphilis leidenden 6 Wochen alten Brüderchens betraut war, constatirte R. einen Primäraffect an der hinteren Rachenwand links von der Mittellinie. Der Infectionsvermittler war offenbar der Saugpfropfen.

SEIFERT.

36) **P. Jourdanet** (Lyon). **Die fortgesetzte schmerzhafte Dysphagie bei der Diagnose der Syphilis des Nasenrachenraums in den 3 Phasen derselben. (De la dysphagie douloureuse prolongée dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge aux trois periodes.)** *Thèse de Lyon. 1898.*

Die Arbeit entwickelt die von uns bereits erwähnte Idee Garel's (Semaine

méd. 6. Juli 1898) weiter. Der Verf. schliesst ebenso, wie es Garel that, dass eine Dysphagie, die länger als 3 Wochen dauert und hinten im Halse ihren Sitz hat, auf die syphilitische Natur des Leidens schliessen lässt. Der Verf. macht aber dabei einige Vorbehalte. Er giebt zu, dass in gewissen seltenen Fällen auch andere chronische Affectionen eine ebenso lange dauernde Dysphagie verursachen können. Aber sicherlich hat dies Symptom in der Praxis eine ganz wesentliche Bedeutung und man soll dabei stets, besonders in zweifelhaften Fällen, die Syphilis in Frage ziehen.

PAUL RAUGÉ.

37) **Lauwers. Präventivligatur der Carotis ext. bei der Behandlung von Tumoren der Mund-Rachenhöhle. (De la ligature préventive de la carotide externe dans le traitement des tumeurs de la cavité bucco-pharyngienne.)** *Annales de l'Institut St. Antoine à Courtrai. No. 2. 1898.*

L. hat die Ligatur der Carotis ext. 11 mal ausgeführt, indem er am oberen Rand des Thyroidknorpels, wo man die Carotis prim. schlagen fühlt, eine 7—8 cm lange Incision macht entlang der Richtung derselben. Die Mitte des Schnittes, entsprechend dem oberen Thyroidknorpelrand, bezeichnet die Bifurcationsstelle der Carotis. L. legt die Carotis prim. blos und die Carotis ext. ist dann leicht an ihrer Lage nach vorne r. und an ihren Collateralen zu erkennen. Er hat die Operation ausgeführt behufs Resection der Kiefer wegen bösartiger Geschwülste, Nasenrachen- und Nasenpolypen, Zungen- und Unterkiefertumoren u. s. w.

BAYER.

38) **Chibret** (Aurillac). **Exstirpation eines grossen Nasenrachenraumpolypen nach Doyen's Methode. (Exstirpation d'un gros polype naso-pharyngien par la méthode de Doyen.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. Oct. 1898.*

Die Methode besteht bekanntlich darin, dass man den Stiel durch die natürlichen Wege mit der Zange fasst und plötzlich losreisst, zugleich mit der Hauptmasse des Tumors. Die Schnelligkeit der Operation und das Fehlen jeder Verstümmelung sind die grossen Vorzüge dieser Methode. Ihr einziger Nachtheil ist die Blutung; dieselbe steht aber, sobald der Tumor entfernt ist.

In C.'s Falle handelte es sich um einen grossen fibrösen Polypen, der viele Gefässe enthielt und den ganzen Nasenrachenraum ausfüllte, dabei Fortsätze in die rechte Nasenhöhle und in die Orbita derselben Seite sandte. Der Tumor bildete einen Vorsprung, der über dem inneren Augenwinkel fühlbar war.

Nachdem die Hauptmasse der Geschwulst nach der Methode von Doyen entfernt war, wurde eine Incision in der Höhe des rechten unteren Augenlides gemacht und der orbitale Fortsatz der Geschwulst extrahirt.

Die Intubation des Larynx mittelst der Doyen'schen Tube leistet grosse Dienste bei dieser Operation, wie überhaupt bei allen Eingriffen im Munde und Rachen.

Tévenat (Montpellier) erinnert daran, dass er seinen Lehrer, Daniel Mollière (Lyon) bereits grosse Nasenrachentumoren mittelst der Zange und ohne jede präliminare Operation entfernen sah.

PAUL RAUGÉ.

39) **E. J. Moure. Fibröse Polypen des Nasenrachenraums vom Gaumen aus exstirpirt. (Polypes fibreux naso-pharyngiens exstirpés par la voie palatine.)** *Journal de Méd. de Bordeaux. No. 52. 25. December 1898.*

Verf. legt 2 Nasenrachenraumfibrome vor, die er bei Patienten von 16 und 13 Jahren entfernt hat. Das erste inserirte an dem Umkreis der rechten Choane, das zweite an der basilaren Fläche des Keilbeines. E. J. MOURE.

40) **A. Kantorowicz. Beitrag zur Diagnose der adenoiden Wucherungen.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. VIII. 3. p. 558.*

Die Rhinoscopia posterior ist häufig nicht ausführbar, die digitale Untersuchung stets „unästhetisch und peinlich". K. schlägt deshalb vor, durch den Mund, bei genügend weiten Nasengängen durch die Nase einen Heryng'schen Wattetamponträger, mit einem mittelgrossen Stück Watte armirt, in den Nasenrachenraum einzuführen und mit gelindem Druck gegen die vermutheten Adenoiden zu pressen. Sind solche vorhanden, so wird die Watte mit Blut befleckt. Fälle, in denen alte, torpide Wucherungen nicht bei Berührung bluten, können vorkommen, sind aber sehr selten. F. KLEMPERER.

41) **R. Lucas. Die adenoiden Vegetationen und ihre Beziehung zu den Ohrenkrankheiten. (Des végétations adénoides, de leurs rapports avec les affections de l'oreille.)** *Thèse de Paris. 1898.*

Die Adenoidwucherungen unterhalten einen entzündlichen Zustand, der sich sehr leicht auf die benachbarten Organe fortpflanzt. Auch verstopfen sie die Tubenöffnung und stören dadurch das Druckgleichgewicht, das normaler Weise in der Paukenhöhle besteht. Infolge dessen entstehen Otitiden und zwar

1. durch fortschreitende Entzündungsvorgänge,
2. durch mechanische Verstopfung.

Diese Otitiden sind besonders schwer bei kleinen Kindern, bei denen sie zu Taubstummheit führen können. In diesen Fällen muss daher die Operation der Adenoiden ohne Verzug vorgenommen werden. A. CARTAZ.

42) **Thomas** (Marseille). **Verschwinden von Strabismus divergens nach Curettement des Nasenrachenraums bei einem 2jährigen Knaben mit typischen Adenoiden. (Disparition d'un strabisme divergent après curettage du naso-pharynx chez un adénoidien typique de deux ans.)** *Congrès de gynécologie et de pédiatrie de Marseille. 8.—15. October 1898.*

In Folge einer angeblichen Meningitis litt der Knabe an doppelseitigem Ohrenfluss, Strabismus divergens und halber Idiotie. T. constatirte das Vorhandensein von Adenoiden und curettirte den Nasenrachenraum. Der Strabismus verschwand so vollständig, dass die Bekannten des Knaben glaubten, er hätte eine Augenoperation durchgemacht. Es handelte sich sicher um eine Reflexwirkung der vorhandenen enormen adenoiden Vegetationen. PAUL RAUGÉ.

43) **Huchard** (Paris). **Endocarditis bei Adenoiden. (Les endocardites chez les adénoidiens.)** *Société des therapeutique. 26. Januar 1898.*

Bei Kindern steht Endocarditis manchmal mit vorhandenen adenoiden Wuche-

rungen in Zusammenhang. Bei allen Endocarditiden und Pericarditiden unbekannten Ursprungs im kindlichen Alter soll man an diese Möglichkeit denken.

PAUL RAUGÉ.

44) **Boulai. Kehlkopfspasmen durch adenoide Vegetationen verursacht. (Spasmes laryngés causés par des végétations adénoides.)** *Archiv. internat. de laryngol. No. 6. November-December 1898.*

Fall eines Kindes, das seit 4 Monaten an erheblichen Athembeschwerden mit Anfällen von schwerer Erstickungsnoth litt. Das Ganze war durch Adenoide bedingt. Pinselungen der Rachenmandel genügten, die Spasmen vorübergehend zum Verschwinden zu bringen; nach Abtragung der Adenoiden war die Heilung eine dauernde.

E. J. MOURE.

45) **Lepontre. Adenoid-Asthma. (De l'asthme adenoidien.)** *Thèse de Lille. 1898.*

L. bespricht die Beziehungen, die zwischen gewissen Asthmaanfällen und der durch adenoide Vegetationen bedingten nasalen Verstopfung bestehen. Diese Beziehungen werden durch das Verschwinden des Asthmas nach Abtragung der Adenoiden erwiesen. Die Anfälle sind reflectorischen Ursprungs, der Ausgangspunkt des Reflexvorganges liegt in der Nasenverstopfung.

A. CARTAZ.

46) **A. C. Grönbech** (Kopenhagen). **Ueber das Verhältniss zwischen Enuresis nocturna und adenoiden Vegetationen. (Om Forholdet mellem Enuresis nocturna og de adenoide Vegetationer.)** *Ugeskrift for Läger. 49. 9. December 1898.*

Verf., der 1895 seine erste Mittheilung über den Zusammenhang zwischen Enuresis nocturna und adenoiden Vegetationen veröffentlichte, giebt in der vorliegenden Arbeit die Resultate seiner weiteren Untersuchungen an 235 Patienten mit adenoiden Vegetationen, die er im Jahre 1896 beobachtet hat.

Von diesen 235 Patienten litten 36 (kaum 15 pCt.) gleichzeitig an Enuresis — davon scheiden 4 Fälle, bei denen die Enuresis spontan aufhörte, aus.

Von den übrigen 32 Patienten konnte Verf. 8 nach der Operation nicht beobachten und auch das Resultat der Behandlung nicht in Erfahrung zu bringen.

Es blieben also 24 Patienten, die Verf. $1^1/_2$ Jahre nach der Behandlung aufsuchte, um das Resultat zu controliren:

Von diesen waren 17 Fälle von der Enuresis vollständig geheilt.
1 Fall viel gebessert (Enuresis nur bei Erkältung).
3 Fälle gebessert.
3 Ohne Besserung.

SCHMIEGELOW.

47) **F. E. Kittredge. Adenoide Wucherungen und ihre Complicationen bei Kindern. (Adenoids and their complications in children.)** *N. Y. Med. Journal. 12. November 1898.*

Ausführliche, gut geschriebene Arbeit; der Inhalt bietet nichts Neues.

LEFFERTS.

48) **J. W. Jervey. Die Hypertrophie der Rachentonsille und die Wichtigkeit ihrer Diagnose durch den praktischen Arzt. (Hypertrophy of the pharyngeal tonsil and the importance of its recognition by the general practitioner.)** *N. Y. Med. Journal. 21. October 1898.*

Verf. zeichnet das Bild der „Adenoiden" für den allgemeinen Praktiker und macht ihn auf die Häufigkeit und die grosse Bedeutung ihrer Erkrankung aufmerksam.

LEFFERTS.

49) **D. B. Delavan. Die gegenwärtigen Methoden der operativen Behandlung der Adenoiden. (Present methods for the operative treatment of pharyngeal adenoids.)** *N. Y. Med. News. 10. December 1898.*

Die vielen Instrumente, die für die Operation der Adenoiden empfohlen sind, theilen sich in 4 Gruppen: Curetten, Zangen, die Drahtschlinge und das Adenomatom. Die Drahtschlinge ist allgemein aufgegeben; das Adenomatom ist ein gefährliches Instument; die Curetten, vor allem das Gottstein'sche Ringmesser, sind sehr verbreitet und auch recht nützlich. Aber sie sind ziemlich schmerzhaft und gestatten in manchen Fällen doch nur einen Theil der Vegetationen zu entfernen. Deshalb steht nach D. obenan als sicherstes und zweckmässigstes Instrument die Zange. D. hält übrigens die Entfernung der Adenoiden keineswegs für eine so leichte und einfache Operation, er verlangt Aethernarkose für dieselbe und danach 24stündige Bettruhe des Patienten.

LEFFERTS.

50) **Jousset. Beitrag zur Behandlung der Adenoiden. Curettement des Nasenrachens bei hängendem Kopf. (Contribution au traitement des adénoides; curettage du cavum en mettant l'opéré dans la position déclive.)** *Nord Méd. 15. September 1898.*

Der Verf. lehrt uns, dass er

1. unter allgemeiner Narkose operirt;
2. den Nasopharynx mit der Gottstein'schen Curette auskratzt;
3. am hängenden Kopfe des liegenden Patienten operirt;
4. in einer Sitzung die Adenoiden und die Gaumenmandeln entfernt, die letzteren mit einem schneidenden Instrumente;
5. niemals bei dieser Technik Blutung oder ein Recidiv beobachtet hat (?).

Ob es wohl nöthig war, diese Technik, die eine grosse Zahl von Specialisten seit langem kennen und anwenden, so ausführlich zu beschreiben?

PAUL RAUGÉ.

c. Mundrachenhöhle.

51) **Jacob Sobel. Die Oroscopie; ihr Interesse vom dermatologischen und allgemeinen Standpunkt. (Oroscopy. Items of interest from a dermatological and general standpoint.)** *N. Y. Medical News. 3. Juni 1899.*

Die interessante Arbeit, die in gedrängter Form viel Wissenswerthes bietet, bespricht die verschiedenen Affectionen der Lippen — deren es mehr giebt, als

man im ersten Augenblick glauben möchte — des Zahnfleisches und des Mundbodens. Die Zunge und ihre Erkrankungen werden gebührend berücksichtigt; allein dies Gebiet ist ein so ausgedehntes, dass zu seiner erschöpfenden Behandlung eine eigene Arbeit gehört.

LEFFERTS.

52) **Erdheim** (Wien). **Demonstration eines Falles von geheiltem tuberculösen Geschwür der Wangenschleimhaut.** Wiener med. Club, Sitzung vom 14. December 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 3. 1899.*

Subcutane Injectionen von Teucri Mosetig (Extract. Teucri scordi depur.) in die Umgebung des Herdes.

CHIARI.

53) **S. Wulfsohn. Die Arbeit der Speicheldrüsen. (Rabota sljunnich jeles.)** Dissertation. Petersburg 1898.

Die Resultate seiner Untersuchung hat Verf. bereits mitgetheilt (conf. Ref. 63. H. 6 d. Bd.)

P. HELLAT.

54) **Redact. Notiz. Die Acidität des Mundes im Schlafe. (Acidity of the mouth during sleep.)** *N. Y. Medical Journal. 18. März 1899.*

Die Zahnärzte sagen, dass die saure Reaction der Mundflüssigkeit eine wichtige Rolle in der Aetiologie der Zahncaries spielt und ferner, dass die Factoren, die diese verursachen, besonders wirksam sind während der Stunden des Schlafes, wenn der Speichel, der am Tage durch das Kauen, Sprechen und andere Bewegungen beständig bewegt und erneuert wird, gewissermaassen stagnirt. Wie sorgfältig man auch beim Zubettgehen die Zähne reinigen und den Mund mit antiseptischen Lösungen spülen mag, der Schutz ist doch nur ein vorübergehender und im Schlafe geht die Zerstörung vor sich. Vielleicht findet der eine oder andere, der an Schlaflosigkeit leidet, in diesen Ueberlegungen einigen Trost; für die Mundathmer, fürchten wir, wird der Trost nicht genügen, denn die Austrocknung des Mundes, die im Schlafe statt hat und die sich beim Erwachen so unangenehm bemerkbar macht, ist durchaus unzureichend, das Zerstörungswerk der Bakterien zu verhüten.

LEFFERTS.

55) **Hugenschmidt. Die baktericide Kraft der Mundhöhle. (Bactericidal action in the mouth.)** *N. Y. Med. News. 11. Februar 1899.*

H. untersuchte den durch Filtration mittelst Chamberland'scher Filter keimfrei gemachten Mundspeichel und fand, dass er keine nennenswerthe baktericide Kraft besitzt. Der Speichel hat aber einen chemotactischen Einfluss auf die Leukocyten, welche die zahlreichen Lymphgefässe der Mund- und Halsschleimhaut verlassen und sich dem Speichel zugesellen. Durch die phagocytäre Kraft dieser wird der Speichel baktericid. Und einen noch wirksameren Schutz gegen das Eindringen pathogener Keime durch den Mund scheint die grosse Anzahl von Saprophyten im Munde zu gewähren. Diese finden in der Mundflüssigkeit einen besseren Nährboden, als die pyogenen Organismen und überwuchern in Folge dessen die letzteren.

LEFFERTS.

56) **H. Schlesinger** (Wien). **Beitrag zur Physiologie des Trigeminus und der Sensibilität der Mundschleimhaut.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 27. Januar 1899. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 5. 1899.*

Die Untersuchungen des Vortragenden betreffen vom Rückenmark aus ascendirende Affectionen und ergaben u. A., dass die Sensibilitätsstörungen an den lateralen, an die Haargrenze anstossenden Theilen der Stirnhaut sich zuerst einstellen. — Mit dem Tieferrücken der Gefühlsstörung gegen die Augenbrauen rückt dieselbe auch gleichzeitig vom Ohre in concentrischen Ringen gegen die Mittellinie vor, so dass bei doppelseitiger Affection die Störungen mit dem Bilde eines offenen Visirs sich vergleichen lassen können. Die Versorgung des Hautgebietes des 1. Trig.-Astes erfolgt von mindestens 2 Nervengebieten, von denen das distale die Stirnhaut mit sensiblen Elementen versorgt, das proximale die Haut des Nasenrückens versorgt. Die Schleimhaut der Mundhöhle wird wahrscheinlich von den distalen Abschnitten der spinalen Trigeminuswurzel innervirt.

CHIARI.

57) **Redact. Mittheilung. Gegen die Stomatitis der Raucher. (For stomatitis from smoking.)** *Phil. Med. Journal. 7. Januar 1899.*

Salol	1 Theil
Spirit. Menth. Piperit.	50 Theile
Tct. Catechu	2 „

M. D. S. 1 Theelöffel voll auf 1 Glas Wasser; als Mundwasser zu gebrauchen.

EMIL MAYER.

58) **Le Calvé** und **Rappin. Ulceröse Stomatitis. (Stomatite ulcéreuse.)** *Soc. médico-chirurg. d. Hôp. de Nantes. 8. December 1898.*

Ein Fall von Stomatitis, bei dem in der Pseudomembran 2 besondere Microorganismen nachgewiesen werden konnten: Spirochaeta denticola und Spirillum Obermeieri. Da beide sich auch normal im Munde finden, lassen die Verff. die Frage offen, ob sie sich nur auf dem Boden der vorherbestehenden Affection entwickelten.

PAUL RAUGÉ.

59) **Kissel. Neue Methode zur Behandlung der ulcerösen Stomatitis. (Novi sposob letschenia iaswennawo stomatita.)** *Med. obosrenie. No. 1. 1899.*

K. empfiehlt 3proc. Borsäure zur Bespülung, bei hartnäckigen Fällen den scharfen Löffel und Jodoform. Warum der Autor seine Methode für „neu“ hält, ist dem Referenten nicht verständlich.

P. HELLAT.

60) **H. G. Klotz** (New York). **Unangenehme Nebenwirkungen bei der Quecksilberbehandlung der Syphilis.** *Arch. f. Dermat. u. Syphilis. XLIII. 1898.*

K. sah eine foudroyante Stomatitis mercurialis bei zwei Patienten mit Angina resp. Peritonsillitis auftreten.

Die durch die Entzündung hervorgerufene vermehrte Blutzufuhr zu den erkrankten Organen und ihrer Nachbarschaft, insbesondere den Drüsen der Mundschleimhaut vermehrt auch die Zufuhr des im Blute kreisenden Quecksilbers und erklärt so die vermehrte Speichelabsonderung u. s. w.

A. ROSENBERG.

61) **Carl Schumacher** (Aachen). **Quecksilber und Schleimhaut.** *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. XLIV. 1898.*

Frühsyphilis und Hydrargyrose haben auf der Mundschleimhaut nahe Berührungspunkte.

Die mercuriellen Geschwüre sind gewöhnlich flach, dehnen sich weit aus, sind aschgrau, zeigen einen rothen Hof, sind sehr empfindlich; dabei besteht Foetor. Nach dem Fortlassen des Quecksilbers tritt Besserung ein.

A. ROSENBERG.

62) **A. Lanz. Behandlung der Quecksilber-Stomatitis. (Letschenie rtutnawo wospalenija polosti rta.)** *Med. obosrenie. No. 1. 1899.*

Verf. empfiehlt neben anderen allgemeiner bekannten Mitteln und Methoden auch Injectionen von Pilocarpin nach Gay.

P. HELLAT.

63) **O. Smithson. Phlegmonöse Ulceration des Mundes behandelt mit Antistreptococcenserum. (Phlegmonous ulceration of the mouth treated with antistreptococcus serum.)** *Brit. Med. Journal. 17. December 1898.*

16jähr. Knabe mit phlegmonöser Stomatitis; Besserung, die 2 Wochen anhielt, dann Recidiv mit septischer Pneumonie. Rapide Heilung nach Injection von Streptokokkenserum.

ADOLPH BRONNER.

64) **Henry Koplik. Ein neues diagnostisches Zeichen bei Masern: Flecke auf der Mund- und Lippenschleimhaut. (The new diagnostic spots of measles on the buccal and labial mucous membrane.)** *N. Y. Med. News. 3. Juni 1899.*

Ausser der oft beschriebenen Röthe des Schlundes und den manchmal wahrnehmbaren unbestimmten rothen Flecken am weichen Gaumen sieht man an der Schleimhaut der Backen und der Lippen eine Eruption, die Verf. für pathognomonisch hält. Er beschreibt dieselbe als kleine, unregelmässige, hellrothe Fleckchen; im Centrum eines jeden derselben ist eine kleine bläulich-weisse Stelle. Diese charakteristischen bläulich-weissen Pünktchen sind manchmal nur spärlich — 2, 3 oder 6 — und sind so klein und zart, dass man sie nur bei directem und starkem Licht sieht, aber sie fehlen nie und sind nach Verf. ein zuverlässiges und pathognomonisches Zeichen. Der ganze Ausschlag verläuft in einer Art Cyclus. Er erscheint 24, 48 Stunden oder 3—5 Tage vor dem Hautexanthem. Er ist zuerst vereinzelt, wird dann reichlicher und confluirend und erreicht seine Höhe, wenn der Hautausschlag herauskommt, um dann zu verblassen und bald zu verschwinden. Man darf ihn nur auf der Innenfläche der Lippen und der Wangen suchen; am weichen und harten Gaumen und an den Fauces fehlt er.

LEFFERTS.

65) **Schultze. Melanoplakie der Mundschleimhaut. (Melanoplakia of the mucous membrane of the mouth.)** *N. Y. Med. Record. 4. Februar 1899.*

Melanoplakie der Mundschleimhaut findet sich bei gewissen chronischen Krankheiten und besonders beim Magencarcinom genau so, wie beim Morbus Addisonii. Lover, Parkes und Harley fanden Pigmentflecke auf der Mundschleimhaut und dunkle Pigmentirung der Haut bei Lebercirrhose. Schultze

beobachtete 2 Fälle von Lebererkrankung mit abnormer Pigmentirung der Mundschleimhaut. Im ersten Falle waren die Flecke dunkelbraun. Die Diagnose dieses Falles war keine ganz sichere, sie schwankte zwischen Lebercirrhose und chronischer Peritonitis; Symptome von Morb. Addisonii waren nicht vorhanden.

LEFFERTS.

66) **R. Le Clerc** (St. Lô). **Gichtische Angina. (L'angine goutteuse.)** *Normandie Médicale. 15. December 1898. N. Y. Med. Journal. 28. Januar 1899.*

Die gichtische Angina geht dem Gichtanfall voran; sie ist charakterisirt durch die Congestion und das Oedem des Gaumensegels, das bisweilen bis zum Kehlkopfeingang herabreicht. Die Dauer der Angina wechselt von einigen Stunden bis zu 3 Tagen. Diese Form von Angina entspricht der Angina rheumatica von Lasègue.

PAUL RAUGÉ.

67) **John S. Billings. Der sogen. Scarlatina-Streptococcus in Culturen aus dem Halse Scharlachkranker. (The occurrence of the streptococcus scarlatinae [so called] in cultures from the throats in cases of scarlet fever.)**

Der sogenannte Streptococcus scarlatinae oder conglomeratus findet sich im Halse mancher Fälle von Scharlach, aber er ist weder constant vorhanden, noch leicht zu isoliren. Seine diagnostische Bedeutung ist zum Mindesten noch zweifelhaft. Sein Fehlen in einer aus dem Halse eines auf Scharlach verdächtigen Pat. angelegten Cultur darf die Diagnose Scharlach keinesfalls ausschliessen.

LEFFERTS.

68) **August Jerome Lartigan. Beitrag zum Studium des Micrococcus tetragenus bei acuter Angina. (A contribution to the study of the micrococcus tetragenus in acute angina.)** *Philad. Med. Journal. 22. April 1899.*

Bericht über 3 Fälle bei Erwachsenen; eine graue erhabene Membran bedeckte den Schlund, verschwand und recidivirte. Der Micrococcus, der sich in derselben fand, wurde Kaninchen injicirt; dieselben starben und aus ihrer Haut wurde der Micrococcus in Reincultur gezüchtet.

Unter Tetragenus-Angina versteht Verf. diejenigen Fälle, bei denen der Tetragenus prädominirt und experimentell nachweislich eine bestimmte Virulenz besitzt.

EMIL MAYER.

69) **Sacquépée. Angina mit Spirillen und dem Vincent'schen Bacillus fusiformis. (Angine à spirilles et bacille fusiforme de Vincent.)** *Arch. internat. de laryngol. etc. No. 1. 1899.*

Bei seinen bakteriologischen Untersuchungen an den Pseudomembranen oder dem schleimigen Secret aus dem Halse von Angina-Patienten fand Verf. in fünf Fällen die spindelförmigen Bacillen associirt mit Spirillen, Staphylokokken und Pneumokokken. Bei diesen 5 Pat. waren Löffler'sche oder Pseudodiphtherie-Bacillen nicht vorhanden.

E. J. MOURE.

70) **Vincent. Neue Untersuchungen über die diphtheroide Angina durch spindelförmige Bacillen. (Nouvelles recherches sur l'angine diphthéroide à bacilles**

fusiformes.) *Arch. internat. de laryngol. etc. No. 1. 1899. Soc. méd. des Hôpitaux. 13. Januar 1899.*

Ein neuer Fall von Angina mit Bacill. fusiformis, diesmal ohne Spirillen, aber mit Streptokokken. Verf. ist geneigt, den spindelförmigen Bacillus als den specifischen Erreger einer pseudomembranösen Angina anzusehen, die besonders in ihrem Beginn der diphtheritischen Angina so ähnlich ist, dass die Differentialdiagnose nur durch die bakteriologische Untersuchung möglich ist.

E. J. MOURE.

71) **Marfan. Zur Spülung bei acuter Angina der Kinder. (An irrigation for the acute angina of children.)** *N. Y. Medical Journal. 4. März 1899.*

Acid. carbol crystall 0,63,
Ol. Thymi gtt. 3,
Glycerin 27,0,
Aqua 80.

LEFFERTS.

72) **Monmarson. Calciumpermanganat zur Behandlung der membranösen Angina. (Calcium permanganate in the treatment of pultaceous angina.)** *N. Y. Med. Journal. 29. April 1899.*

M. empfiehlt 3stündliche Pinselung (in der Nacht 2mal) der afficirten Theile mit folgender Lösung:

Calc. hypermangan. 0.09—0,18,
Aquae 18,0.

Vor jeder Pinselung Gurgeln mit 4proc. Borsäurelösung, so heiss, als dieselbe vertragen wird, und vorsichtige Versuche, die Membran abzulösen.

LEFFERTS.

73) **W. Lublinski** (Berlin). **Abscedirende Entzündung der Fossa glossoepiglottica (Angina praeepiglottica phlegmonosa.)** *Dtsch. med. Wochenschr. 8. 1899.*

Das bisher wenig bekannte Krankheitsbild beschreibt Verf. folgendermaassen: Am Beginn Unbequemlichkeit beim Schlucken, leichte Trockenheit am Zungengrunde, danach Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, geringes Fieber (38,5^{0} C.). Weiterhin Schmerzen, die nach den Ohren hin ausstrahlen, lästige Schleim- und Speichelabsonderung, klossige Sprache. Unbequemlichkeit beim Bewegen der Zunge. Objectiv: Eine der Valleculae ist durch eine grauröthliche glänzende Geschwulst ausgefüllt, die bei Berührung mit der Sonde sehr schmerzt und sich teigig anfühlt.

Bei stärkerem Wachsthum der Geschwulst kann es zu Athemstörungen kommen. — Aeusserlich am Halse schmerzhafte Schwellung der Drüsen am Kieferrande. — Wirksame Therapie: Incision mit dem Messer, wonach sich ein Theelöffel voll Eiter entleerte und alle Beschwerden plötzlich verschwanden.

ZARNIKO.

74) **Gaston** (Paris). **Phagedänische Ulcerationen des Halses und der Vertebra in einem Fall von hereditärer Syphilis. (Phagédénisme guttural et vertébral chez une hérédo-syphilitique.)** *Soc. franç. de Dermatologie et de Syphiligraph. 8. December 1898.*

Die Patientin hatte trotz energischer specifischer Behandlung im Laufe von

6 Jahren die Nase, das Gaumensegel und einen Theil des knöchernen Gaumens verloren; Rachen und Nasenrachen bildeten eine weite Cloake. Die Kranke starb an progressiver Cachexie mit Albuminurie und terminaler Lungentuberculose. Bei der Section fand sich allgemeine amyloide Degeneration.

PAUL RAUGÉ.

75) **John S. Moreman. Syphilitische Halserkrankung. (Syphilitic sore throat.)** *Charlotte Med. Journal. Januar 1899.*

Verf. legt in suspecten Fällen besonderes Gewicht auf die Untersuchung des postnasalen Raums.

EMIL MAYER.

76) **Lewis S. Somers. Die Differentialdiagnose zwischen Syphilis des Halses und Diphtherie. (The differential diagnosis between syphilis in the throat and diphtheria.)** *Philad. Med. Journal. 28. Januar 1899. N Y. Med. News. 25. März 1899,*

Das Fieber, die stärkere Entzündung im Halse, die oft vorhandene Symmetrie der Halsläsion bei Diphtherie, ferner die Anamnese, die Allgemeinsymptome etc. sind wichtig; ausschlaggebend aber ist nur die bakteriologische Untersuchung, das Vorhandensein oder Fehlen von Löffler'schen Bacillen.

LEFFERTS

d. Diphtheritis und Croup.

77) **J. Nicolas** (Lyon). **Die Agglutination des Löffler'schen Bacillus. (Sur l'agglutination du bacille de Loeffler.)** *Soc. de Biologie. 3. December 1898.*

N. stellte experimentell fest, dass das Vorhandensein oder Fehlen der Agglutinationsfähigkeit mit der Virulenz des Bacillus und seiner grösseren oder geringeren Empfindlichkeit für die Präventivwirkung des Serums nicht in directem Zusammenhang steht.

PAUL RAUGE.

78) **Edwin O. Jordan. Die Sterblichkeitsziffer der Diphtherie in den grossen Städten der Vereinigten Staaten. (The death-rate from diphtheria in the large cities of the United States.)** *Philad. Med. Journal. 18. Februar 1899.*

Verf. zeigt tabellarisch, dass die grossen Städte Amerikas durchgehends eine grössere Diphtheriesterblichkeit aufweisen, als die europäischen Städte. Er glaubt die Ursache für diese Erscheinung in der ausgedehnteren Verwendung des Heilserums in Europa sehen zu können.

EMIL MAYER.

79) **F. Smith. Diphtheriebacillen im Urin. (Diphtheria bacilli in the urine.)** *N. Y. Medical Record. 7. Januar 1899.*

Verf. züchtete typische Diphtheriebacillen aus dem Urin von 2 Meerschweinchen, die, das eine vor ein paar Tagen, das andere erst vor 5 Stunden, mit Diphtheriebacillen geimpft waren. Dieses Resultat legt den Gedanken nahe, dass wenigstens bei der hämorrhagischen Diphtherie auch im menschlichen Urin

Bacillen zu finden sein werden und dass man, um die Anwesenheit des Bacillus im Blut zu beweisen, im Urin suchen soll. LEFFERTS.

80) **Sörensen** (Kopenhagen). **Ueber Diphtheritis und Diphtheriebacillen bei Scarlatinareconvalescenten. (Om Difteri og Difteribaciller blandt Skarlatinarekonvalescenter.)** *Hospitals-Tidende. S. 953. 1898.*

Der Verf. hat im Laufe von 2 Jahren (vom Sommer 1895 bis Sommer 1897) bei ca. 1500 Scarlatinapatienten in 240 Fällen Diphtheritisbacillen, davon 208 mal ohne, 32 mal mit klinischer Diphtheritis, nachgewiesen. SCHMIEGELOW.

81) **Glover. Ueber das Vorkommen des kurzen Loeffler'schen Bacillus im Exsudat der ulcerös- oder erosiv-membranösen Anginen nach Operationen. (Sur la présence du bacille court de Loeffler dans l'exsudat des angines ulcéro- ou éroso-membraneuses post-opératoires.)** *Archiv. internation. de rhinol. etc. No. 1. 1899.*

Verf. hat 11 Kranke untersucht und kommt zu dem Schluss, dass der kurze Bacillus manchmal im Halse vor der Operation anwesend ist und nun nach dem Eingriff in den contusionirten oder durch den Eingriff erodirten Theilen wuchern kann. E. J. MOURE.

82) **Méry. Die Mischinfection bei der Diphtherie vom klinischen und bakteriologischen Standpunkt. (Des associations microbiennes dans la diphthérie au point de vue clinique et bactériologique.)** *Congrès de Gynécologie et pédiatrie de Marseille. 8.—12. October 1898.*

Die einfache Constatirung der Thatsache, dass neben den Diphtheriebacillen noch andere Bakterien in einem Falle vorhanden sind, genügt nicht, den Fall als Mischinfection zu kennzeichnen. Und ebensowenig reichen dazu die klinischen Zeichen allein aus. Nur mittelst der Vereinigung der bakteriologischen und klinischen Untersuchung kann mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Diagnose der Mischinfection gestellt werden.

Die hauptsächlichen Associationen, die bisher studirt wurden, sind:

a) Streptokokken-Mischinfection (Strepto-Diphtherie): schwere infectiöse Diphtherie, acuter oder chronischer Form, mit eitrigem Secret, Abgeschlagenheit, Purpura, Blutungen etc.

b) Pneumokokken-Mischinfection: häufige Complication mit Lungenaffectionen.

c) Staphylokokken-Mischinfection: mehr localisirte Formen, ohne bestimmte klinische Erscheinungen, meist leichter als die Streptodiphtherie.

d) Mischinfection mit dem Coccus Brisou: der letztere scheint die Entwickelung der Diphtheriebacillen zu stören; gutartige Formen.

e) Mischinfection mit Bacterium coli: bisweilen sehr schwere Formen, analog der Streptodiphtherie.

f) Mischinfection mit Proteus: sehr schwere gangränöse Form.

g) Mischinfection mit dem Pneumobacillus Friedländer: sehr selten.

Die Behandlung der gemischten Fälle zerfällt in die

1. Therapie der diphtheritischen Infection: Serum ist nothwendig und zwar in grösserer Dosis, als in den reinen Fällen. Die Wirkung ist nicht so deutlich; besonders erfolgt die Ablösung der Membranen unter dem Serumeinfluss nicht so prompt. In manchen Fällen spielt der Diphtheriebacillus neben dem zweiten Infectionserreger eine mehr oder weniger untergeordnete Rolle; in solchen Fällen kann das Serum ganz nutzlos sein.

2. Therapie der Mischinfection: Zwei Wege stehen offen:
   a) der Gebrauch specifischer Heilsera. Bisher ist nur für den Streptococcus ein solches versucht worden (Marmorek);
   b) die locale Antiseptik.

Bemerkenswerth ist, dass die üblen Zufälle bei der Serumtherapie, speciell die Späterscheinungen, häufiger in Fällen von gemischten Infectionen als in reinen Fällen beobachtet wurden.

PAUL RAUGÉ.

83) **P. Parkinson u. S. Stephenson. Postdiphtheritische Lähmung der Augenmuskeln. (Postdiphtheritic palsy of the ocular muscles.)** *Lancet. 21. Jan. 1899.*

Bericht über 2 Fälle. Im ersten bestand fast vollständige Lähmung der extra-oculären Zweige des Oculomotorius und der Accomodation, im zweiten war nur der linke Musc. rectus externus gelähmt.

ADOLPH BRONNER.

84) **William M. Jaques. Die Thätigkeit der Medicinalbehörde in Chicago auf dem Gebiete der Diphtherie. (Diphtheria work done by the health department of Chicago.)** *Chicago Med. Recorder. Februar 1899.*

Eine kurze Uebersicht über die öffentliche hygienische Thätigkeit gegenüber der Diphtherie in Chicago. Die Todeszahl ist durch das Serum heruntergedrückt worden.

EMIL MAYER.

85) **Wm. Royal Stokes. Die Diphtheriebehandlung vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege. (The management of diphtheria from a public health standpoint.)** *Maryland Med. Journal. 28. Januar 1899.*

Der Hals der Kinder, die der Ansteckung ausgesetzt sind, soll untersucht werden; der Diphtheriebacillus ist kein normaler Bewohner des Halses. — Zur Desinfection ist Formalin zu empfehlen. — Wo vollständige Isolirung unmöglich ist, sollen alle Kinder des Hauses die Immunisirungsdosis von Serum bekommen. Von 256 immunisirten Kindern bekamen nur 2 Diphtherie. Je früher das Serum als Therapeuticum gegeben wird, um so geringer ist die Mortalität. Dieselbe beträgt jetzt unter der Herrschaft des Serums 12,14 pCt.; 1896, ohne Serum, war sie 51,87 pCt.

EMIL MAYER.

86) **Ramon D. Garcin. Einige praktische Bemerkungen über die Diphtheriebehandlung. (Some practical points on the treatment of diphtheria.)** *Med. Register. Januar 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

87) **A. B. Eadie. Die Serumtherapie bei Diphtheritis. (Antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *Canadian Journal of Medicine and Surgery. Januar 1899.*

Bericht über 50 Fälle, von denen 2 starben; fast alle wurden nur mit Serum und sonst mit keinem Mittel behandelt. EMIL MAYER.

88) **F. P. Minton. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 28. Januar 1899.*

M. rühmt das Serum als Heilmittel sowohl, wie als Prophylacticum. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

89) **Redact. Notiz. Die Behandlung der Diphtherie mit Serum. (The treatment of diphtheria with antitoxin.)** *Philad. Med. Journal. 14. Januar 1899.*

Die Erfolge der Serumtherapie haben sich jedesmal als zweifelsohne herausgestellt, wenn es sich nur um eine grössere Reihe von Fällen handelte, an denen die Probe gemacht wurde. EMIL MAYER.

90) **W. L. Carroll. 100 Fälle von Diphtherie nach der modernen Methode behandelt. (One hundred cases of diphtheria treated by modern method.)** *Med. Fortnightly. 16. Januar 1899.*

Enthusiastische Empfehlung des Serums. EMIL MAYER.

91) **William C. Goodno. Diphtherieserum. (Diphtheria antitoxin.)** *Medical Era. Januar 1899.*

Das erste Zeichen der günstigen Wirkung des Serums ist in den meisten Fällen das Herabgehen der Temperatur. EMIL MAYER.

92) **Rudolph Meyer. Ein Fall von Diphtherie des Schlundes geheilt durch Serum. (A case of diphtheria faucium cured by serum.)** *Medical Bulletin. Februar 1899.*

Die Ueberschrift sagt Alles, nur das eine nicht, dass Loeffler'sche Bacillen nicht gefunden wurden, trotzdem eine Pseudomembran vorhanden war. EMIL MAYER.

93) **G. O. Morgridge. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Medical Monograph. Februar 1899.*

M. rühmt die Serumtherapie. EMIL MAYER.

94) **Redact. Notiz. Die Entwicklung der Serumtherapie und ihr jetziger Status gegenüber der Diphtheritis. (The development of serum therapy and its status in relation to the treatment of diphtheria.)** *Medical Monograph. Februar 1899.*

Eine Zusammenstellung der Ansichten der verschiedenen Autoren über den Werth des Diphtherieheilserums. EMIL MAYER.

95) **Redact. Notiz. Diphtherie und Serumbehandlung. (Diphtheria and the serum treatment.)** *N. Y. Medical Record. 11. Februar 1899.*

Gegenüber einer gewissen Antipathie und den Zweifeln an der Wirksamkeit

des Serums, die neuerdings auftauchen, weist der Artikel darauf hin, wie fraglos und ausgesprochen die Abnahme der Diphtheriemortalität seit 1895, d.i. seit der allgemeinen Anwendung des Serums in Deutschland und Amerika ist. LEFFERTS.

96) **J. J. Williams. Das Serum in der Behandlung der Diphtherie. (The use of antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *Western Med. Review. 15. Februar 1899.*

W. hat günstige Erfahrungen mit dem Serum gemacht. EMIL MAYER.

97) **C. A. Bryce. Die Behandlung der Diphtheritis. (The treatment of diphtheria.)** *Southern Clinic. Januar 1899.*

B. ist Gegner der Serumtherapie und empfiehlt die Chlorbehandlung.

EMIL MAYER.

98) **G. G. Belsheim. Diphtherieserum. (Diphtheria antitoxin.)** *Albert Lea. Med. Journal. Februar 1899.*

B. ist der Ansicht, dass der Werth des Serums noch durchaus zweifelhaft ist; die bisherigen Resultate können durch die Carbolsäure bedingt sein und brauchen nicht einem wirksamen Princip im Serum zugeschrieben zu werden.

EMIL MAYER.

99) **Adolph Rupp. Heilserum, Diphtherie und Statistik. (Antitoxin, diphtheria and statistics.)** *N. Y. Med. Record. 28. Januar 1899.*

R. zeigt, dass die Statistik die Wirksamkeit des Serums nicht beweist, dass vielmehr die Abnahme der Diphtheriesterblichkeit, die übrigens nicht an allen Plätzen nachweisbar ist, sich auch auf anderem Wege erklären lässt. Der Typ der Diphtherie ist jetzt im Allgemeinen ein milderer. Dabei ist das Serum für den menschlichen Organismus ein toxisches Agens, das zwar in den meisten Fällen kaum wahrnehmbare, in anderen nur beunruhigende, nicht gefährliche Erscheinungen, wie Hautausschläge, Gelenkschmerz, Herzunregelmässigkeiten, Durchfälle etc. herbeiführt, das aber in einigen seltenen Fällen doch tödten kann.

LEFFERTS.

100) **A. Gaudier. Die Diphtheritis; mit besonderer Bezugnahme auf die laryngealen Fälle, in denen eine Wahl zwischen Tracheotomie und Intubation erforderlich ist. (Diphtheria with special reference to the laryngeal cases requiring a choice between tracheotomy and intubation.)** *Canadian Journal of Medicine and Surgery. Januar 1899.*

In einer grossen Zahl von Fällen hält Verf. eher die Intubation, als die Tracheotomie für angezeigt. EMIL MAYER.

101) **Frank W. Wright. Intubation des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *Pediatrics. 15. Februar 1899.*

Verf. warnt vor zu langer Verzögerung der Extubation. EMIL MAYER.

102) **W. B. Pusey. Bemerkungen über die Intubation. (Comments upon intubation.)**

Bericht über zwei Fälle, in denen nach der Extubation die Tube schnell wieder eingesetzt werden musste. EMIL MAYER.

103) **Joseph O'Dwyer. Intubation. (Intubation.)** *The Physician and Surgeon. Februar 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

104) **B. J. Church. Intubation des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *Southern California Practitioner. April 1899.*

Nichts Erwähnenswerthes. EMIL MAYER.

105) **Castelain. Soll man in der Privatpraxis intubiren? (Faut-il employer le tubage dans la clientèle privée.)** *Soc. centrale de méd. du Nord. 13. Januar 1899.*

C. ist der Ansicht, dass man ohne Gefahr in Privatpraxis intubiren kann und dass die permanente Anwesenheit einer Person, die mit der Intubation Bescheid weiss, nur selten nöthig ist. Unter seinen 42 Fällen wurde die Tube niemals durch Pseudomembranen verstopft und nur 1 mal ausgeworfen.

In der Discussion schliesst Ausset sich den Ausführungen Castelain's an, hebt aber hervor, dass die Intubation nichts nutzen kann, wenn in der Trachea Pseudomembranen bestehen; dann muss die Tracheotomie gemacht werden.

A. CARTAZ.

106) **Jacques. Die Intubation des Kehlkopfs in der Privatpraxis. (De l'intubation du larynx dans la clientèle privée.)** *Marseille médicale. 15. Januar 1899.*

J. wendet sich gegen die Anschauung, dass die Intubation nur für das Hospital sich eigne. Die beiden Gefahren, die man fürchtet, sind die Verstopfung der Tube und die spontane Ausstossung derselben. J. hat 190 Intubationen gemacht. Niemals beobachtete er eine plötzliche Verstopfung, die bedrohliche Zufälle von Asphyxie herbeigeführt hätte. Wenn die Verstopfung schnell sich ausbildet, wird das Kind unruhig und stösst gewöhnlich die Tube aus. Dieses Ereigniss hat nichts übermässig beunruhigendes, besonders wenn man lange Tuben nimmt.

Die Ausstossung der Tube ist ein häufiges Vorkommniss (20 pCt.), aber ihre Bedeutung ist keine so grosse, wenn die Expulsion nicht in den ersten Stunden erfolgt. Die Dyspnoe, die sich wieder einstellt, ist nie so stark, dass man nicht Zeit hätte, um Hilfe zu senden. Seit der Einführung des Serums ist die Zeit, welche die Tube liegen bleiben muss, auch keine so lange mehr.

J. hält nach Allem die Intubation für einen Eingriff, den man auch ausserhalb des Krankenhauses ohne Gefahr vornehmen kann. A. CARTAZ.

107) **Nachod** (Prag). **Intubation in der Privatpraxis.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 27. Januar 1899. — *Prager med. Wochenschr. No. 11. 1899.*

N. räth, auch dann die Intubation vorzunehmen, wenn nicht fortdauernde ärztliche Controle möglich ist. CHIARI.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

108) **A. D. Blackader. Forcirte Untersuchung des Kehlkopfs bei Kindern. (Forced examination of the larynx in children.)** *Progressive Medicine. März 1899. St. Louis Med. and Surg. Journal. Mai 1899.*

B. domonstrirt Escat's Laryngoscop und Zungenspatel und erwähnt die Methode von Luc.

EMIL MAYER.

109) **M. Boulay. Chronische Heiserkeit bei Kindern. (De l'enrouement chronique chez les enfants.)** *Annales des maladies de l'or. etc. No. 1. Januar 1899.*

Verf. überblickt die verschiedenen Ursachen chronischer Heiserkeit bei Kindern: Bildungsfehler des Larynx, hereditäre Syphilis, congenitale Tumoren, chronische Entzündung, Tuberculose, Lupus, Polypen, Paresen und Paralysen. In manchen dunklen Fällen, in denen keine Ursache der Heiserkeit zu finden ist, handelt es sich nur um den ersten Anfang einer Larynx- und Lungentuberculose.

E. J. MOURE.

110) **O. J. Stein. Verlagerung des Kehlkopfs durch einen Kropf, Dyspnoe und Aphonie verursachend. (Displacement of the larynx by a goitre causing dyspnea and aphonia.)** *Chicago Medical Recorder. Mai 1899.*

Starke Vergrösserung des linken Lappens der Schilddrüse; der Larynx ist 1 Zoll oder mehr nach rechts verdrängt. Der linke Recurrens ist total gelähmt. Heilung durch Operation.

EMIL MAYER.

111) **E. Berthold. Die laryngoscopische Diagnose des Geschlechts. (The laryngoscopical diagnosis of sex.)** *N. Y. Med. Journal. 10. Juni 1899.*

Der verschiedenen Stimme der Geschlechter entsprechen Verschiedenheiten im Bau des Kehlkopfs, die B. näher beschreibt. Bei einem nach Frauenart gekleideten Individuum, das er untersuchte, fand B. Stimmbänder, die breiter und länger waren, als sie gewöhnlich beim Weibe sind. Die weitere Untersuchung bestätigte seinen Verdacht; die Person hatte nicht völlig entwickelte, aber deutlich männliche Genitalien. Eine spätere Untersuchung mit Röntgenstrahlen zeigte, dass der Schildknorpel in einer Ausdehnung verknöchert war, wie man dies gewöhnlich nur bei männlichen Individuen findet.

LEFFERTS.

112) **Seymour Oppenheimer. Die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu den Kehlkopfaffectionen. (The connection of the female generative organs and laryngeal affections.)** *Philad. Monthly Medical Journal. Februar 1899.*

Die Verbindung beider Organe ist durch die Blutbahnen vermittelt oder durch die Nerven, speciell durch den Sympathicus und die vasomotorischen Nerven. Laryngeale Affectionen, die mit dem Generationsapparat in Verbindung stehen, können ohne wahrnehmbare Veränderungen im Larynx, können aber auch mit bestimmten Veränderungen der laryngealen Gewebe einhergehen. Das letztere ist

sogar häufiger der Fall; namentlich sieht man oft eine Congestion, die durch eine eigenartige bläulich-rothe Färbung der Schleimhaut ausgezeichnet ist.

Man constatirt solche laryngealen Veränderungen während der Pubertät, bei Erwachsenen während der Menstruation, bei Schwangerschaft und in der Menopause.

[Bei der Uebersicht über die Literatur des Gegenstandes ist der classische Artikel von J. N. Mackenzie (Baltimore) über dasselbe Thema nicht erwähnt. Ref.]

EMIL MAYER.

113) **Garel. Submucöse Blutung an den Stimmbändern. (Hémorrhagie sous-muqueuse des cordes vocales inférieures,)** *Annales des maladies de l'or. etc. No. 10. October 1898.*

Bericht über 4 Fälle, in denen im Moment einer Anstrengung (Gesang, Husten) eine flächenhafte interstitielle Blutung an den Stimmbändern eintrat.

E. J. MOURE.

114) **J. F. Ingals. Eversion des Ventriculus laryngis. (Eversion of the ventricle of the larynx.)** *Journal Am. Med. Assoc. 18. Februar 1899.*

Der Fall betrifft einen 39jährigen Mann. Derselbe hatte einen kleinen elastischen Tumor am Kieferwinkel, welcher auf Druck verschwand, während gleichzeitig die Stimme verloren ging. An der rechten Seite des Larynx befand sich eine cystische Geschwulst, welche die Innenfläche der Epiglottis bedeckte und das Taschenband hervorwölbte; das rechte Stimmband und der Ventrikel waren bei der Inspiration vollständig verdeckt, bei der Phonation auch das linke Stimmband und ein Theil der linken Kehlkopfseite. Nach Entleerung des äusseren Tumors besserte sich die Stimme; bei der Untersuchung des Larynx aber sah man jetzt einen glatten röthlichen Tumor, von etwa $^5/_8$ Zoll Länge, der von der rechten Kehlkopfwand gerade oberhalb des Stimmbandes entsprang. Derselbe wurde als der prolabirte Ventrikel erkannt und mittelst der Schlinge abgetragen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

115) **B. Franklin Stahl. Ein Fall von cystischer Erkrankung der Epiglottis. (A case of cystic disease of the epiglottis.)** *Philad. Med. Journal. 11. März 1899.*

Eine grosse Anzahl Cysten bedeckte die Oberfläche der Epiglottis und verengte den Larynxeingang. Dieselben wurden mittelst Evulsion und Aetzung mit Silbernitrat beseitigt.

EMIL MAYER.

116) **E. Bunzl-Federn** (Prag). **Ein Fall von Sklerom der oberen Luftwege.** Vorgest. im Verein deutscher Aerzte in Prag am 17. Februar 1899. — *Prager med. Wochenschr. No. 13. 1899.*

Patient acquirirte diese Erkrankung aller Wahrscheinlichkeit nach in Russland (Wolhynien); die Diagnose wurde mikroskopisch und bakteriologisch sichergestellt. Die Therapie bestand Anfangs in Curettement (mit der Krause'schen Pincette im Larynx), hernach in Dilatation mit O. Dwyer'schen Tuben mit recht gutem Erfolge. B. glaubt in diesem Falle den Larynx als Ausgangspunkt des Skleroms ansehen zu können.

CHIARI.

117) **Uchermann** (Christiania). **Demonstration von Geschwülsten im Larynx. (Demonstration af Svulster i Struben.)** Verhandl. d. medicin. Gesellschaft in Christiania. 1898.

1. U. demonstrirte zwei Geschwülste (apfelgross und wallnussgross), die beide von dem Introitus laryngis eines 52jährigen Mannes entfernt wurden. Die Geschwülste hatten sich im Laufe eines halben Jahres entwickelt [Fibro-myxolipoma (sarcomatosum)]. Sie gingen von der hinteren Fläche des Processus arytaenoideus dext. aus und wurden mit der galvanocaustischen Schlinge entfernt. Merkwürdigerweise hatten sie nicht besonders starke Dyspnoe hervorgebracht.

2. Vorstellung eines jungen Mädchens, bei welchem ein papillomatöses Adenocarcinom, das von der Cartilago thyreoidea ausging, entfernt worden war. Die Patientin ist 1892 wegen eines ähnlichen von derselben Region ausgehenden Tumors, der mikroskopisch sich als ein degenerirtes Chondrom (Myxochondrom) erwies, operirt worden.

Die letzte Geschwulst wurde nach vorausgehender Intubation in Chloroformnarcose exstirpirt. Die Intubation wurde vorgenommen, um Dyspnoe und innere Blutung, falls der Larynx während der Operation geöffnet werden sollte, zu verhindern.

SCHMIEGELOW.

118) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Zwei Fälle von Kehlkopftumor. (Two cases of laryngeal growths.)** *Australasian Medical Gazette. 20. April 1899.*

23jährige Patientin mit Angiom an beiden Stimmbändern. Die grössere Geschwulst wurde mit dem Galvanokauter zerstört. 3 Applicationen von 20 proc. Sulforicinearbol-Lösung in Zwischenräumen von 3 Tagen genügten, um die kleinen Geschwülste des anderen Stimmbandes vollständig zu beseitigen.

Im 2. Falle handelte es sich um Fibrome an beiden Stimmbändern, die in einer Sitzung mit dem Galvanokauter zerstört wurden.

A. J. BRADY.

119) **H. v. Schrötter** (Wien). **Ueber eine seltenere Indication zu einem operativen Eingriff im Larynx.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 40. 1898.*

36jähriger Patient leidet an Athemnoth; seine Stimme ist seit mehreren Jahren auffallend hoch. Bei forcirter Inspiration hört man neben Stenosengeräusch ein Schnarren. — Linke Larynxseite vollständig unbeweglich, von der linken aryepiglottischen Falte und der Gegend des linken Aryknorpels breitbasig ausgehend springt ein haselnussgrosser glatter Tumor in das Larynxlumen so stark vor, dass nur das vordere Drittel beider Stimmbänder zu sehen ist. Linksseitige Recurrenslähmung mit secundär entstandener Lageveränderung der aryepiglottischen Falte und des Aryknorpels — Abtragung mittelst galvanokaustischer Schlinge. Daraufhin Athmung frei; die Stimmlage blieb hoch. Glottis schliesst gut. Heilung.

CHIARI.

120) **Herbert Tilley. Zwei Fälle von maligner Erkrankung der Stimmbänder. Thyrochondrotomie. Der eine Fall seit 2 Jahren recidivfrei. (Two cases of malignant disease of the vocal cords. Thyrochondrotomy. Non-recurrence in one case after two years.)** *Brit. Med. Journal. 22. October 1898.*

65jähriger Mann, seit 14 Monaten heiser. Das rechte Stimmband, der Pro-

cessus vocalis und der Aryknorpel wurden nach Eröffnung des Kehlkopfes durch die Thyrotomie mit der Scheere abgetragen. Das Kehlkopfinnere wurde mit Whitehead-scher Lösung ausgepinselt. Für die ersten 4 Stunden nach der Operation wurde eine dünne Gummitube in die Trachea eingelegt. Der Patient schluckte am nächsten Tag bereits Milch mit Ei, nach 4 Tagen feste Nahrung; er ist jetzt 2 Jahre nach der Operation wohl und ohne Recidiv. Der 2. Patient, der 89 Jahre alt ist, wurde erst kürzlich operirt; er ist bisher gesund. ADOLPH BRONNER.

121) **J. E. Boylan. Ein Fall von Epitheliom des Kehlkopfs. (A case of epithelioma of the larynx.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 20. Mai 1899.*

Bericht über einen Fall, bei dem die Anschwellung der Drüsen 5 Monate vor dem Eintreten von Dyspnoe constatirt wurde. Schmerz und Ulceration fehlten vollständig. EMIL MAYER.

122) **Th. Weiss. Krebs des Larynx mit Ausbreitung auf Rachen- und Speiseröhre. (Cancer du larynx étendu au pharynx et à l'oesophage.)** *Revue méd. de l'Est. p. 81. 1. Februar 1899.*

Vorstellung des Patienten, der vor 15 Tagen nach der Methode von Perier ohne vorhergehende Tracheotomie operirt worden ist. Der Verlauf ist bisher ein vorzüglicher. A. CARTAZ.

123) **T. Wallace. Excision des Larynx und eines Theiles der Speiseröhre. (Excision of the larynx and part of the oesophagus.)** *British Medical Journal. 26. November 1898.*

47jährige Patientin, seit 6 Monaten an Schmerzen im Halse leidend. Das linke Stimmband erwies sich als krebsig erkrankt. Tod durch Recidiv 5 Monate nach der Operation. ADOLPH BRONNER.

124) **J. W. Leech. Ein Fall von innerem Kehlkopfkrebs. Totalexstirpation des Kehlkopfs. Heilung. (A case of intrinsic cancer of the larynx; total laryngectomy; recovery.)** *Lancet. 15. Februar 1899.*

57jähriger Mann mit Dysphagie und Heiserkeit seit 5 Monaten. Am 6. November 98 wurde der Larynx eröffnet und die ausserordentliche Verbreitung der Geschwulst constatirt; darauf wurde am 17. November die Totalexstirpation des Larynx gemacht. Bisher kein Recidiv. Der Pat. trägt einen modificirten Gussenbauer'schen künstlichen Kehlkopf und kann 10—20 Minuten lang laut sprechen.

ADOLPH BRONNER.

125) **H. S. Birkett** und **A. G. Nicholls. Carcinom des Kehlkopfs. (Carcinoma of the larynx.)** *Philad. Medical Journal. 29. April 1899. Montreal Medical Journal. Mai 1899.*

Krankengeschichte eines Falles von weichem Carcinom mit glandulärem Typus. Von Interesse ist die langsame Entwicklung der Geschwulst, die innerhalb 6 Monate kaum Veränderungen zeigte. Die verringerte Beweglichkeit des rechten Stimmbandes erklären die Verff. durch Druck entzündlicher Producte auf den Recurrens. EMIL MAYER.

126) **Rutsch** (Bern). **Die Kocher'schen Radicaloperationen des Larynxcarcinoms.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 50. Bd. 5. u. 6. H. 1899.*

Kocher nimmt die partielle Resection des Kehlkopfes oder Thyreotomie mit Weichtheilexcision vor. Die Operation geschieht ohne Narcose und Tamponkanüle, die Nachbehandlung mit gewöhnlicher Trachealkanüle und Jodoformgazetamponade. Auf 12 Operationen kamen 1 Totalexstirpation, 6 halbseitige Laryngectomieen, 3 graduelle Resectionen, 1 Thyreotomie mit Weichtheilexcision, 1 Pharyngotomia subhyoidea. Recidivfrei sind 1 Fall nach $4^1/_2$ Jahren, 1 nach $2^1/_2$, 1 nach 10 Monaten, 1 nach 7, 1 nach 6 und 1 nach 5 Monaten. Infolge der Operation gestorben ist ein Patient.

SEIFERT.

127) **Wolff** (Metz). **Ein neuer cachirter Aetzmittelträger für den Kehlkopf.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. 8. p. 387. 1898.*

Abbildung und Beschreibung des Instrumentes.

F. KLEMPERER.

128) **J. A. Blake** (New York). **Die Beziehung der Trachea und der Bronchien zu den Thoraxwänden, durch Röntgenstrahlen festgestellt. (The relation of the trachea and bronchi to the thoracic walls as determined by the Röntgen rays.)** *American Journal Med. Scs. März 1899.*

Die Körper wurden durch Injection von Formalin in die Arterien gehärtet und die Bronchien mit einer bei 155° F. schmelzenden Metalllösung gefüllt. Dann wurden die Skiagramme aufgenommen. Auf diese Weise wurden die Beziehungen der Bronchien zu dem knöchernen Thorax festgestellt und genau gemessen.

A. LOGAN TURNER.

129) **E. Przewoski** (Warschau). **Ueber die Divertikel der Trachea. Beitrag zur normalen und pathologischen Anatomie der Athmungswege.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngologie. Bd. 8. H. 3. p. 422. 1898.*

P. berichtet in ausführlicher Mittheilung über seine Messungen und histologischen Untersuchungen an normalen Luftröhren. Es folgt die macroscopische Beschreibung und microscopische Untersuchung einer grösseren Anzahl von Divertikeln, welche sich theils als rinnenförmige Divertikel mit weiter Eingangsöffnung, die einen beträchtlichen Theil von der Breite der membranösen Luftröhrenwand einnehmen, theils als sackförmige Divertikel mit enger Mündung darstellen. Die interessanten Ergebnisse dieser fleissigen Studie müssen von Interessenten im Original nachgelesen werden. Eine grössere pathologische Bedeutung besitzen die Luftröhrendivertrikel nur in Ausnahmefällen; meist sind sie klein und können jahrelang ohne besondere Symptome bestehen.

F. KLEMPERER.

130) **W. W. Keen** und **W. S. Jones. Zwei neue Fälle von Chirurgie der Trachea: Strictur der Luftröhre durch Operation beseitigt. Entfernung eines Diaphragmas der Trachea, das durch eine Halsschnittwunde entstanden war und Aphonie verursachte. (Two novel cases of surgery of the trachea: Stricture of the trachea successfully removed by operation. Successful removal**

of a diaphragm in the trachea following cut throat and producing aphonia.) *N. Y. Medical Record. 10. Juni 1899.*

Sorgfältige Beschreibung beider Operationen. Die Strictur in Fall 1 reichte vom 3. bis zum 5. Trachealknorpel. In Fall 2 sprach der Patient 4 Tage nach der Operation zum ersten Male seit 13 Monaten. In diesem Falle wurde der Oesophagus, der durch Adhäsionen nach vorn gezogen war, bei der Operation zufällig angeschnitten.

LEFFERTS.

131) **Redact. Notiz. Bronchotomie. (Bronchotomy.)** *N. Y. Medical Record. 7. Januar 1899.*

Bemerkungen über einen von Curtis (Annals of Surgery. November 1899.) veröffentlichten Fall. Derselbe betrifft einen Knaben, der einen Fremdkörper inhalirt hatte. Es wurde erst die Tracheotomie gemacht, dann am Rücken incidirt, die Pleura angeschnitten, der Bronchus eröffnet, schliesslich die Lunge an der Stelle, an der die Spitze des Fremdkörpers zu fühlen war, mit dem Thermocauter incidirt. Der Fremdkörper aber wurde nicht gefunden, möglicherweise weil er macerirt war. Der Pat., ein Knabe von 12 Jahren, starb an septischer Pneumonie.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

132) **Poncet** (Lyon). **Massive Enucleation des Kropfes. (Enucleation massive du goitre.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

P. vertheidigt seine Operationsmethode und führt die Fälle auf, in denen sie indicirt ist. Dies ist namentlich der Fall, wenn eine Reihe sehr kleiner Cysten vorhanden ist, die eng an einander gepresst eine Art begrenzten Tumors bilden, der von einer mehr oder weniger starken Schicht Schilddrüsengewebes umkleidet ist.

PAUL RAUGÉ.

133) **Schwartz** (Paris). **Chirurgische Behandlung des Kropfes. (Traitement chirurgical du goitre.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. Octob. 1898.*

Bei Fällen von eingekapseltem Kropf verdient die intraglanduläre Enucleation den Vorzug. In allen seinen Fällen erzielte Verf. primäre Heilung. Gegen die secundäre Blutung, den einzigen üblen Zufall, den Verf. bei dieser Operation je beobachtete, schützt die von Poncet angegebene hämostatische Naht der Kapsel.

Verf. berichtet über 5 einseitige Thyroidectomien mit 4 Heilungen und 1 Exitus letalis und über 3 bilaterale Thyroidectomien mit 2 Heilungen und einem Todesfall.

PAUL RAUGÉ.

134) **Socin** (Basel). **Die Behandlung des Kropfs. (Traitement du goitre.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

Die allgemeine Narkose bietet bei Kropfoperationen besondere Gefahren durch pulmonäre Zufälle. Wenn irgend möglich, soll man deshalb mit localer

Anaesthesie sich begnügen; für die Enucleation des Kropfes genügt dieselbe in der grossen Mehrzahl der Fälle.

Unter 110 Enucleationen gebrauchte S. nur 19mal Chloroform; bei 91 Operationen reichte Cocain aus.

Eine Methode, die er seit langem anwendet, ist der Poncet'schen Enucleation massivé analog; er beschreibt sie als Enucleation mit Resection. Aber bei dieser Methode kommen schwere Blutungen vor und sie ist darum nur ausnahmsweise anzuwenden.

Die Statistik seiner letzten 200 Kropf-Operationen ist:

117 Enucleationen
62 Exstirpationen
21 combinirte Operationen.

In $^2/_3$ der Fälle wurde für 48 Stunden ein Drain eingelegt.

Von den 200 Fällen starb nur 1 durch hypostatische Pneumonie.

PAUL RAUGÉ.

135) **Roux** (Lausanne). **Chirurgische Behandlung des Kropfes. (Traitement chirurgical du goitre.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. Oct. 1898.*

So viel als möglich soll man bei Kropfoperationen ohne Narkose operiren, auch ohne Cocain, das für das Herz gefährlich ist. Die Operation ohne Anaestheticum ist weniger gefährlich, weniger blutig und leichter.

Bei nicht blutreichem Cystenkropf ist die einfache Enucleation nach Socin empfehlenswerth; ist die Blutung erheblich, so lässt man sofort die Ligatur der Thyreoidea inferior folgen. In allen anderen Fällen folgt R. den Vorschriften von Kocher.

Sehr wichtig ist, zuerst den Tumor von der Trachea abzulösen und die letztere freizulegen, so dass man in jedem Augenblick, sobald sich die Nothwendigkeit dazu ergiebt, die Tracheotomie machen kann. Erst nachdem die Trachea blossgelegt ist, wird der Tumor nach Kocher's Methode luxirt.

Die krebsige Umbildung eines Kropfes ist nicht immer mit Sicherheit zu erkennen; verdächtig und zu exstirpiren ist jeder Kropf, der ein schnelles Wachsthum zeigt.

PAUL RAUGÉ.

136) **Girard** (Bern). **Operationsstatistik bei Kropf. (Statistique opératoire pour le goitre.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

G. stellt 545 Operationen zusammen, die er gemacht hat, und zwar:

159 Enucleationen mit 1 Todesfall.
130 partielle Exstirpationen mit 4 Todesfällen.
112 Resectionen ohne Todesfall.
144 verschiedene combinirte Operationen mit 1 Todesfall.

Im Ganzen 6 Todesfälle bei 545 Operationen = 1,1 pCt.

3 Fälle starben plötzlich durch Herzsyncope, 2 an Pneumonie, 1 unter infectiösen Erscheinungen.

6mal operirte G. an graviden Frauen; die Operation war wegen suffocativer Anfälle nothwendig. Alle 6 wurden geheilt und kamen normal nieder.

PAUL RAUGÉ.

137) **Paul Raugé** (Challes). **Pathogenese der Basedow'schen Krankheit. (Pathogénie de la maladie de Basedow.)** *Bulletin médical. Juli 1898.*

Die Theorien über das Wesen der Basedow'schen Krankheit lassen sich eintheilen in die

1. dyscrasische Theorie,
2. nervöse Theorie (Sympathicuslähmung oder -reizung),
3. Thyroid-Theorie (qualitative und quantitative Störung der Secretion oder Störung der Excretion des Secretes).

Am meisten befriedigt bisher die eclectische Auffassung der Krankheit, die Renault und Ballet äussern: Eine Toxämie thyroider Herkunft ist vorhanden; ihr Ursprung aber ist primär im Nervensystem zu suchen; auch ihre Folgen äussern sich besonders im Nervensystem. So bilden die pathogenen Erscheinungen eine Kette, die vom Nervensystem über die Läsion der Thyreoidea zurück zum Nervensystem führt.

Autoreferat.

138) **G. Paulesco. Behandlung der Basedow'schen Krankheit mit Chininsulfat. (Le traitement du goître exophthalmique par le sulfate de quinine.)** *Journal de médecine interne. 15. December 1898.*

Man muss das Mittel lange und in kleinen Dosen nehmen lassen. Zuerst verschwinden die allgemeinen Erscheinungen und die Tachycardie, der Exophthalmus verschwindet erst spät. Die Tagesdose ist 1 g, die man auf 2 mal mit $^1/_4$ Stunde Zwischenraum nehmen lässt.

PAUL RAUGÉ.

139) **Schwartz** (Paris). **Resection des Sympathicus bei Basedow'scher Krankheit. (Résection du grand sympathique dans le goître exophthalmique.)** *Société de Chirurgie. 16. November 1898.*

Sch. berichtet über 2 Fälle, die er mit gutem Erfolge vor 1 Jahr resp. vor 9 Monaten operirt hat. Die totale Abtragung des oberen Halsganglions ist schwierig; es genügt, dasselbe partiell zu exstirpiren und dazu 5—6 cm vom Sympathicusstamm zu entfernen.

PAUL RAUGÉ.

140) **Jonnesco** (Bucarest). **Die Resection des Halssympathicus bei Basedow'scher Krankheit. (De la résection du sympathique cervical dans le traitement du goître exophthalmique.)** *Soc. de Chirurgie. 2. November 1898.*

J. hat seit 1896 zehn Fälle operirt, von denen 6 geheilt und 4 erheblich gebessert wurden. Die geheilten Fälle waren die echten Basedowfälle; die 4 gebesserten waren Fälle von Kropf mit Basedow'schen Symptomen (goîtres basedowifiés). Exstirpirt werden muss der ganze Halsstrang, inclusive der unteren Ganglien, welche die eigentliche Quelle der Acceleratoren des Herzens und der Vasodilatatoren der Schilddrüse sind. Die Operation ist gutartig. Der Exophthalmus und die nervösen Symptome verschwinden sofort; die Tachycardie und der Tumor der Schilddrüse vergeht langsamer; der Kropf ist das einzige Symptom, das nicht immer vollständig verschwindet.

PAUL RAUGÉ.

141) **Ch. Abadie** (Paris). **Therapeutische Indicationen der Resection des Halssympathicus. (De la section du sympathique cervical. Indications therapeutiques.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

A. vertritt wieder die Theorie von der Reizung der Vasodilatatoren der Schilddrüse als Ursache der Basedow'schen Krankheit und generalisirt dieselbe. Vasodilatatorenreizung an verschiedenen Organen bringt in pathogenetischer Hinsicht identische, klinisch aber sehr verschiedene Affectionen hervor. So führt die oculäre Vasodilatatorenreizung zur Hypersecretion, dann zur Spannung im Auge und schliesslich zur Atrophie des Sehnerven. Daher kommt es, dass ein und dasselbe Mittel: die Resection, Krankheiten von so verschiedenem Gepräge heilen kann, wie Glaucom und Morb. Basedowii.

Vielleicht sind noch andere Krankheiten derselben Therapie zugänglich; das Studium der pathologischen Folgen der Reizung des Brust- und Bauchsympathicus muss darüber Aufklärung geben.

PAUL RAUGÉ.

142) **Témoin** (Bourges). **Basedow'sche Krankheit; beiderseitige Resection der sympathischen Halsganglien ohne Erfolg. (Goitre exophthalmique. Résection bilaterale des ganglions cervicaux. Resultat negatif.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

Typischer Fall von Basedow, bei dem die Sympathicusganglien mit den zuführenden und abführenden Nervenfäden vollständig entfernt wurden, der aber nach kurzer Besserung sich verschlimmerte und nach 3 Monaten starb. T. stellt diesem Fall 2 andere gegenüber, die durch partielle Thyroidectomie vollständig geheilt wurden. Ohne über die Jaboulay'sche Methode aburtheilen zu wollen, verlangt er doch zahlreichere Beweise für ihre Nützlichkeit, als bisher erbracht sind.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

143) **Reitzenstein. Erkennung eines tiefen Divertikels des Oesophagus. (Recognition of a deep diverticulum of the esophagus.)** *N. Y. Medical News. 1. October 1898.*

Verf. giebt die Krankengeschichte seines Falles und bespricht dann die verschiedenen Methoden, welche die Diagnose eines tiefsitzenden Divertikels ermöglichen.

LEFFERTS.

144) **L. Corper. Ein Fall von Oesophagotomie wegen eingeklemmten Gebisses. (A case of oesophagotomy for impacted artificial teeth.)** *Brit. Med. Journal. 29. October 1898.*

33jährige Frau verschluckte im Schlafe eine grosse Zahnplatte. Entfernung derselben 3 Tage später durch Incision an der linken Seite des vorderen Randes des Sternocleido-mastoideus. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

145) **John C. Mc. Coy. Aeussere Oesophagotomie bei eingekeiltem Fremdkörper in der Speiseröhre, der durch X-Strahlen localisirt ist. (External esophagotomy for impacted foreign body in the esophagus located by the x ray.)** *N. Y. Med. News. 3. December 1898.*

Wenn ein Fremdkörper länger als 12 Stunden im Oesophagus eingekeilt ist und besonders wenn er scharf oder uneben, also geeignet ist, bei ausgeübtem Zug, die Gewebe zu verletzen, dann soll man sofort die äussere Incision machen und nicht erst mit oesophagealen Instrumenten den Pat. schädigen und Zeit verlieren. Nach der Operation soll, wenn der Fremdkörper nicht zu lange fest sass und die Gewebe nicht zerrissen sind, sofort der Oesophagus mit feinem Catgut vernäht und die äussere Wunde geschlossen werden. Verf. giebt dann Regeln über die Ernährung nach der Operation.

LEFFERTS.

146) **M. Gangolphe** (Lyon). **Gebiss im Oesophagus mit dem Stuhl abgehend. (Dentier dans l'oesophage, refoulement physiologique par les aliments.)** *Soc. de Chirurgie de Lyon. 22. December 1898.*

G. legt die Zahnplatte vor, die im Stuhlgang gefunden worden ist. Dieselbe sass gleich nach dem Verschlucken so tief, dass jeder Versuch, sie instrumentell zu extrahiren oder herabzustossen, gefährlich erschien. G. beschränkte sich deshalb darauf, dicke Suppen und Kartoffelpurée nehmen zu lassen. Am selben Abend schon war das Gebiss im Magen und 2 Tage danach erschien es im Stuhl.

PAUL RAUGÉ.

147) **Rigot** (Saint-Etienne). **Verengerung des Oesophagus durch Aortenaneurysma; plötzlicher Tod nach Einführung der Sonde. (Rétrécissement de l'oesophage par aneurysme de l'aorte. Mort rapide après le passage de la sonde.)** *Loire médicale. 15. December 1898.*

55jährige Frau mit Dysphagie, Regurgitation der Speisen und retrosternalem Schmerz. Eine nicht sehr starke Sonde wurde eingeführt; es erfolgte Syncope, intestinale Blutung und nach 6 Stunden der Tod. Die Section ergab ein grosses Aortenaneurysma, der Oesophagus war nicht perforirt, sondern bloss excoriirt; die Wände des Aneurysmas waren infiltrirt und dissociirt durch Blut.

Der Fall lehrt von Neuem Vorsicht; man sondire in keinem Falle, ehe nicht die Integrität der Aorta festgestellt ist.

PAUL RAUGÉ.

148) **E. Weil** und **Mauban. Aneurysma der Brustaorta in den Oesophagus sich öffnend. (Aneurisme de l'aorte thoracique ouvert dans l'oesophage.)** *Société anatomique. 30. December 1898.*

Section einer Frau, die intra vitam an sehr starker Haematemesis gelitten hatte, so dass an Ulcus ventriculi gedacht war. Es fand sich ein spindelförmiges Aneurysma der Brustaorta, das durch einen engen Gang mit dem Oesophagus in Verbindung stand.

PAUL RAUGÉ.

149) **Fontan** (Toulon). **Verletzung des Oesophagus bei Kropfexstirpationen. (De la blessure de l'oesophage dans les exstirpations de goitre.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

In einem Fall von enormem Kropf mit starker Verdrängung des Larynx und

der Trachea nach rechts schnitt F. bei der Exstirpation des Kropfes den Oesophagus an. Trotz einer vorgenommenen Oesophagoplastik und späterer Gastrotomie starb der Kranke nach 3 Monaten in Folge von infectiöser Mediastinitis.

Der Verf. legt sich die Frage vor, ob man ähnliche Verlagerungen der Speiseröhre nicht vorhersehen kann. Er findet ein Zeichen dieser Complication in dem Studium der Bewegungen beim Schlucken: Der Oesophagus, der um den Tumor herum sich krümmt, strebt beim Schlucken in seine gradlinige Stellung zurück und drängt, indem er sich aufrichtet, den Kropf nach der entgegengesetzten Seite. Daraus resultirt eine laterale Verschiebung des Kropfes, die sich mit der gewöhnlichen Aufsteigebewegung der Schilddrüse verbindet und an der die Trachea nicht in demselben Maasse Theil hat.

Aus diesen Bewegungen und ferner durch die Sondirung der Speiseröhre, glaubt Verf., lässt sich ihre Verlagerung diagnosticiren. PAUL RAUGÉ.

150) **E. W. Battle. Fall von Geschwulst des Oesophagus. (Case of tumour of the oesophagus.)** *Lancet. 24. December 1898.*

39jähriger Mann, seit einigen Monaten an leichter Dysphagie leidend. Dann trat Dyspnoe ein; die Stimme war normal, aber ein lauter inspiratorischer und exspiratorischer Stridor war hörbar. Beide Stimmbänder bewegten sich gut (!!). Zwei Wochen später musste die Tracheotomie gemacht werden; der Patient starb 24 Stunden nachher. Die Section ergab einen starken Tumor, der von der vorderen Wand der Speiseröhre ausging und in die Trachea hineinragte. Der linke Recurrens „verlor sich“ in einer vergrösserten Drüse. ADOLPH BRONNER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **H. Bottini. Die Chirurgie des Halses.** Uebersetzt von J. Arkel. Leipzig 1898.

Der bekannte italienische Chirurg H. Bottini hat in seinem trefflichen Werke seine reichen Erfahrungen auf dem Gebiete der Halschirurgie niedergelegt und seine schönen chirurgischen Resultate durch viele lehrreiche Abbildungen illustrirt. Im ersten Capitel behandelt B. die chirurgische Anatomie des Halses. Bei der grossen Wichtigkeit derselben, die auch Verf. vielfach betont, wäre es gut gewesen, wenn die topographische Anatomie des Halses mit einigen lehrreichen Abbildungen wiedergegeben wäre. Wir finden aber nur zwei Figuren; die eine bezieht sich auf einen anormalen venösen Kreislauf, die andere hat für die Topographie des Halses durchaus nichts Instructives. Zu der Beschreibung der Halsfascien wollen wir bemerken, dass der Versuch, eine Analogie derselben mit

den Fascien der vorderen Bauchwand aufzustellen, nicht als eine glückliche Idee betrachtet werden kann, und dass die vergleichende Bezeichnung einer Linea alba am Halse gänzlich fallen gelassen werden muss. In die operative Behandlung der Halskiemenfisteln hat B. eine neue Methode eingeführt, indem er vor der Zerstörung der Gänge mittelst elektrischer Glühhitze dieselben mit Laminarien dilatirt. Dadurch erreicht er, dass die Schleimhaut des ganzen Kiemenganges zerstört wird und dass die gewohnten Recidive seltener geworden sind. Unter 17 Fällen kamen nur 3 Recidive vor. Von den Lymphomen wird nichts Neues gesagt. Was die Exstirpation des Kehlkopfes betrifft, so benutzt B. gegen die Blutung bei der Abtrennung des Kehlkopfes den Thermokauter und macht 15 Tage früher die Tracheotomie. Mit grosser Vorliebe behandelt B. das Capitel der Strumen. Seine Methode hat er bereits im Jahre 1896 veröffentlicht. Er theilt die Strumen in cystische, solide und gemischte. Andere Autoren betrachten die cystische Form als die häufiger vorkommende, B. dagegen die gemischte Form (63 pCt.); nach seinen Erfahrungen waren unter 327 Fällen nur 34 cystische. Er operirt die Strumen auch bei der Basedow'schen Erkrankung. Es liegt uns fern, in Anbetracht der grossen Literatur und der vielen schwebenden Fragen bezüglich der Basedow'schen Erkrankung, B.'s Versuchen und Meinungen hier näher zu treten und die ganze Frage kritisch zu beleuchten. B. nimmt immer eine Exstirpation vor, nie eine Enucleation und seine Statistik ist eine auffallend gute. Er behandelt im letzten Capitel die organischen Stricturen des Oesophagus; sein Vorgehen besteht in der inneren Oesophagotomie und nachheriger allmäliger Dilatation. B. hat uns mit seinem trefflichen Werke einen guten Dienst erwiesen; dasselbe ist warm zu empfehlen und selbst für den Fachmann sehr lohnenswerth zu lesen, da es besonders im Gebiete der Strumen so Manches in neuem Lichte darstellt.

Onodi.

---

b) Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 4. November 1898.

Vorsitzender: H. T. Butlin, F. R. C. S.

Prof. F. Massei (Neapel): Lupus des Kehlkopfs.

Redner bespricht den Fall eines 10jähr. Mädchens, das er vor 1 Jahre sah. Dasselbe litt an typischem Lupus des Larynx; die Lungen erschienen damals normal. Ein Theil der Epiglottis wurde abgetragen; es fanden sich bei der Untersuchung typische Tuberkel mit Riesenzellen. Neuerdings haben sich Symptome von Lungenphthisis eingestellt. Redner schlägt vor, die Unterscheidung zwischen Lupus und Tuberculose, deren Identität durch seinen Fall von Neuem dargethan sei, vollständig fallen zu lassen. (Redner demonstrirt Präparate seines Falles und übergiebt dieselben der Sammlung der Gesellschaft.)

Semon hält ebenfalls beide Affectionen für identisch. Der Lupus wird als

eine besondere Form von Tuberculose charakterisirt nur durch die Spärlichkeit der Tuberkelbacillen und durch den chronischen Verlauf.

St. Clair Thomson: Hypertrophische Laryngitis zweifelhafter Natur.

51jähr. Patient, Alkoholiker, zeigt allgemeine hypertrophische Laryngitis, eine Excrescenz am rechten Proc. vocalis und Schwächung der Bewegung des rechten Stimmbandes. Heiserkeit seit 8 Monaten.

Bond und Semon äussern beide den Verdacht auf Malignität, speciell weil die vorübergehenden Besserungen, die man bei einfacher Laryngitis gewönlich beobachtet, in diesem Falle gänzlich fehlen.

Lake weist darauf hin, dass der Pat., den er früher gesehen hat, seither erheblich abgenommen hat.

Barclay Baron (Bristol): Epitheliom des Kehlkopfs.

64jähr. Mann, dem vor 12 Monaten eine grosse Geschwulstmasse mittelst der Zange von den vorderen Theilen der Stimmbänder und der vorderen Commissur entfernt worden ist. Die Geschwülste waren multipel, nicht ulcerirt, das Gewebe um dieselben nicht geröthet. Später kam der Pat. mit einem grossen Recidiv wieder, das als Epitheliom erkannt wurde. Dasselbe wurde durch äussere Operation entfernt. Seither hat sich bereits ein neues Recidiv ausgebildet.

Die Frage ist, ob hier eine Umbildung von gutartiger Geschwulst in maligne vorliegt.

Semon kann bei dem Alter des Pat. und nach dem Bilde, das von der ersten Geschwulst gegeben wird, nur annehmen, dass bereits die ursprüngliche Neubildung eine maligne war.

Barclay Baron: Sarcom der Nase:

34jähr. Frau mit Verstopfung der Nase, Schmerz und Ausfluss. Eine grauliche Geschwulst ragte aus der Nase in den Nasopharynx hervor. Dieselbe wurde theilweise abgetragen, wobei eine reichliche Blutung stattfand. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst erwies ihre Zusammensetzung aus Rundzellen.

Spencer ist der Ansicht, dass die Diagnose auf Sarcom noch nicht genügend gesichert ist. Er räth, gründlich die Nase zu curettiren und die entfernten Stücke weiter zu untersuchen.

Butlin ist derselben Ansicht und betont, wie schwer es ist, Sarcom und entzündliches Gewebe im Mikroskop zu unterscheiden.

Waggett erklärt ebenfalls, die vorgelegten Präparate von Granulationsgewebe nicht unterscheiden zu können.

Hill hatte einen ähnlichen Fall vor 8 Jahren in Beobachtung. Der Pat., bei dem die Rouge'sche Operation gemacht wurde, lebt noch und ist gesund. Nach seiner jetzigen Erfahrung möchte der Redner diesen Fall für eine Sinuserkrankung mit übermässigen Granulationen halten.

Robinson meint, dass es sich auch um Tuberculose handeln könne.

Butlin erklärt, dass die glatte, nicht ulcerirte Oberfläche auf einfach entzündliche Natur der Wucherung hinweist.

Baron: Diagnostisch zweifelhafter Fall von Nasenerkrankung.

Eine breite Schwellung um das linke Nasenbein bei einer jungen Dame, die vor 6 Monaten ein Trauma der Nase erfahren hat. Ein Stück necrotischen Knorpels ist ausgestossen worden.

Watson Williams: Krebs der Speiseröhre mit Lähmung eines Stimmbandes.

Fall von Krebs des Oesophagus mit Perforation in die Trachea 2 Zoll oberhalb der Bifurcation. Der rechte Recurrens war in die Geschwulst verwickelt und comprimirt, der rechte Posticus war atrophisch. Die Krankengeschichte lehrt, dass die Stimme ca. 11 Monate früher heiser wurde, ehe Schluckbeschwerden sich einstellten. Das rechte Stimmband hatte intra vitam in Cadaverstellung gestanden.

Semon dringt auf sorgfältige Untersuchung der Muskeln und Nerven auf degenerative Veränderungen in allen derartigen Fällen. Die jüngst erfolgte Beschreibung eines solchen von Friedrich ist sehr werthvoll.

Arthur Cheatle: Fall von paroxysmalem Niesen mit starker Gewebshypertrophie um das Tuberculum septi (in der Junisitzung vorgestellt).

Eine weiche röthliche Masse wurde entfernt; dieselbe erwies sich mikroskopisch als hypertrophirtes normales Gewebe.

Pegler: Geschwulst in der vorderen Commissur; Abtragung derselben, aber Fortdauer der Parese des rechten Stimmbandes (in der Märzsitzung demonstrirt).

Das kleine commissurale Fibrom am linken Stimmbande wnrde vor sechs Monaten exstirpirt; die Abductorparese des rechten Stimmbandes aber besteht noch.

Bond: Grosses Angiom des Kehlkopfs.

55jähr. Mann, der als Knabe übermässig zu schreien pflegte. Seit 28 Jahren heiser; seit 20 Jahren unter ärztlicher Beobachtung (Wolfenden, Journal of Laryngology. 1888). Hat wiederholt Blut ausgehustet, eine besonders reichliche Blutung erfolgte im März 98. Die vorderen zwei Drittel des rechten Taschenbandes sind von einem grossen dunkelblauen Tumor bedeckt; am linken Taschenband ist eine kleine Auflagerung vorhanden; beide Stimmbänder erscheinen frei.

Redner wirft die Frage auf, ob nicht mit Rücksicht auf die wiederholten Blutungen eine radicalere Behandlung, als die blosse galvanokaustische Aetzung, angebracht ist.

Spencer ist für Laryngofissur und ausgiebige Entfernung. Die Bewegungen des rechten Stimmbandes sind geschwächt und am Hals ist eine leicht ge-

schwollene Drüse zu fühlen. Möglicherweise besitzt die Geschwulst Tendenz zur Malignität.

Butlin empfiehlt ebenfalls die Radicaloperation.

Steward (für Symonds): Epitheliom des Larynx. (?)

55jähriger Mann, seit 11 Monaten über Heiserkeit und Schmerzen klagend. Von dem unregelmässig verdickten rechten Stimmband wurde ein Stück entfernt; die Diagnose des untersuchenden Pathologen lautete nur auf entzündliche Veränderungen.

Spicer und Grant halten den Fall nichtsdestoweniger für maligne.

Semon kann die vom Redner beschriebene Ulceration bisher nicht zugeben.

Bond: Grosses Lipom des weichen Gaumens.

49jähr. Frau, der Redner vor 8 Jahren eine Fettgeschwulst aus der rechten Parotisgegend entfernt hat. Vor 6 Jahren wurde von einem anderen Chirurgen die rechte Brust entfernt. Jetzt besteht ein grosser halbfluctuirender Tumor an der rechten Seite des weichen Gaumens, der etwas über die Mittellinie reicht. Es ist naheliegend, anzunehmen, dass derselbe aus einem Theil der ursprünglichen Parotisgeschwulst sich entwickelt hat.

Butlin nimmt an, dass der Tumor sich leicht wird herausschälen lassen.

Lake: Tuberculöse Laryngitis nach Entfernung einer grossen interarytaenoidalen Geschwulstmasse.

L. stellt eine 21jährige Frau vor, die seit 8 Monaten wegen tuberculöser Laryngitis in Behandlung ist. Die geschwollenen Arytaenoidknorpel wurden mit gutem und dauerndem Erfolg curettirt und eine grosse interarytaenoidale Geschwulstmasse mit der vom Redner für diesen Zweck angegebenen Zange abgetragen. L. demonstrirt das exstirpirte Stück.

Tilley erkennt die Vorzüge dieser Zange an; die Operation mittelst derselben ist relativ leicht.

Lake: Ein Fall von membranöser Laryngitis.

Fall von combinirter tuberculöser und syphilitischer Laryngitis, bei dem eine weisse Membran an der hinteren Fläche der Epiglottis constatirt wurde; dieselbe recidivirte nach der Entfernung. Ueber das Ergebniss der bakteriologischen Untersuchung soll später berichtet werden.

William Hill: Parese des rechten Facialis und der rechten Seite des Gaumens nach Eiterung im Mittelohr.

Frau von 24 Jahren. Vor 4 Jahren wurde ein Ohrpolyp entfernt, der eine Complication chronischer rechtsseitiger Otorrhoe bildete. Seither ist die rechte Gesichtshälfte etwas nach oben gezogen. Vor 2 Jahren bemerkte die Pat., dass diese Gesichtshälfte „schwach“ wurde und sich nach links hinüberzog. Das Schlucken war etwas erschwert und gelegentlich wurden Flüssigkeiten durch die Nase regurgitirt.

Ausser der rechtsseitigen Facialisparese besteht jetzt eine ausgesprochene Asymmetrie des Velums, das links viel höher steht, rechts schlaff herabhängt. Der Gaumenreflex ist links lebhaft, rechts fehlend. H. stellt den Fall vor, um über die Gaumenlähmung die Ansicht der Versammlung zu hören. Mit der herrschenden Anschauung, dass das Velum vom Accessorius spinalis innervirt ist, lässt sich der Fall schwer vereinigen.

Dundas Grant hält die Facialisparese und die Veränderung am Gaumen für coincident; die Asymmetrie des Velums könnte durch entzündliche Vorgänge in den Gaumenbögen verursacht sein.

Hill: Stirnhöhlenentzündung.

Vorstellung eines nach Ogston-Luc mit Erfolg operirten Falles. Hervorzuheben ist:

1. der kurze Hautschnitt entlang der Augenbraue;
2. das vollkommene Resultat in kosmetischer Beziehung; die Narbe ist kaum sichtbar; die Verdrängung des Auges nach aussen, die vorher bestand, ist zurückgegangen;
3. es war kein Drain erforderlich.

Tilley erklärt auf Befragen, dass sich Krause's Instrument zur Eröffnung einer freien Passage nach unten in die Nase als sehr nützlich bewährt hat.

Creswell Baber: Oesophagustasche (?).

62jähriger Mann, der seit 8 Monaten bemerkt, dass er Theile unverdauter Nahrung vom vorhergehenden Tage regurgitirt. Das Schlucken ist nicht merkbar erschwert; nur gelegentlich muss der Pat. zweimal ansetzen, um einen Bissen herunterzubringen. Solide Nahrung macht mehr Schwierigkeiten, als flüssige. Schmerzen oder Erbrechen sind nicht vorhanden. Beim Essen und besonders beim Niederlegen wird öfters über ein beschwerliches Gefühl im Halse geklagt und dann werden Schleim- und Nahrungstheile ansgeworfen.

Die Untersuchung ergiebt Congestion des Larynx, der reichlich zähen Schleim enthält. Im linken hinteren unteren Halsdreieck wird eine etwas zweifelhafte Anschwellung constatirt, Druck auf die Claviceln erzeugt Brechreiz und Aufstossen. Bei Druck auf die linke Halsseite werden sofort Brot und Milch, die vorher geschluckt wurden, wiedergegeben. Ein starkes Bougie findet 9 Zoll hinter den Zähnen einen Widerstand; das Ende ist nicht deutlich am Halse zu fühlen. Der Patient ist nicht abgemagert.

St. Clair Thomson empfiehlt Einführung zweier metallischer Bougies, des einen in das Divertikel, des anderen in den Magen, und dann Aufnahme des Skiagramms.

Butlin fordert vor der Operation die Ausschliessung einer Strictur; auch darf nur, wenn der Allgemeinzustand ein guter ist, operirt werden.

Morley Agar: Ein ausnahmsweiser Fall von Gaumenspalte.

Die Knochenspalte sitzt an der linken Seite und das Vomer ist deformirt.

Robinson hält den Fall nicht für so ungewöhnlich.

Parker: Ulceration des weichen Gaumens.

32jähriger Mann, nicht syphilitisch. Vor 6 Monaten Ulceration im Halse, nach längerer Behandlung geheilt. Neuerdings ein Recidiv; die Uvula und der weiche Gaumen sind von oberflächlichen Geschwüren bedeckt, zwischen denen noduläre Flecken liegen.

Sitzung vom 2. December 1898.

Vorsitzender: Dr. de Havilland Hall.

Bericht der Commission zur Untersuchung zweifelhafter Geschwülste: Die von Baron in der Novembersitzung vorgelegte nasale Geschwulst enthält „eine Menge grosser polyedrischer embryonaler Zellen; sie gehört zu der Klasse von Tumoren, die in vielen Hinsichten Sarcomen gleichen, aber nur geringe und locale Malignität zeigen."

Dundas Grant: Wandkarten für eine Vorlesung über die Symptome der Nasennebenhöhleneiterungen.

Eine Modification des Lermoyez'schen Schemas.

Arthur Cheatle: Cyste entfernt aus dem Nasenrachenraum.

Die Cyste ist mit Cylinderepithel bekleidet und von einer geringen Menge adenoiden Gewebes umgeben.

Wingrave: Präparate von hypertrophischen Tonsillen.

Demonstration dicker Schnitte, die mit Collodium aufgeklebt sind; zu Lehrzwecken geeignet.

Wingrave: Schnitte von Lupus Laryngis.

In Ehrlich-Biondi's Dreifarbenmischung gefärbt, so dass das kleinzellige Gewebe, die Epithelzellen und die Bindegewebszüge differenzirt sind. Specifische Bacillen konnte W. auf diese Weise nicht nachweisen.

Wingrave: Schnitte von Larynxpapillomen und Rhinosclerom.

Demonstration der Präparate.

Lake: Ein Präparat von Pachydermia laryngis.

Das Präparat stammt von einem Patienten, der an uncomplicirter Lungentuberculose gestorben ist. An beiden Processus vocales ist Pachydermie vorhanden. Der Patient hatte „eine Mannesstimme, seit er 4 Jahre alt war." Die Phthise begann mit 34 Jahren.

Lake: Präparat eines tuberculösen Kehlkopfs von einem sechsjährigen Kind.

Subglottische Schwellung, gefolgt von destructiver Ulceration.

W. D. Severn: Bakteriologischer Befund bei dem in der Novembersitzung von Lake mitgetheilten Falle von membranöser Laryngitis (Epiglottis).

Es fanden sich:

1. Der Staphylococcus pyogenes albus.

2. Ein kleiner Diplococcus (morphologisch dem Gonococcus gleich, aber nach Gram färbbar).

3. Eine kleinzellige Hefe.

Dundas Grant: Antrumempyem geheilt durch wiederholte Irrigationen mittelst Lichtwitz' Troicart und Canüle.

Nach 11 Ausspülungen war die Flüssigkeit frei von Eiter. Der Zustand der entsprechenden Stirnhöhle war zweifelhaft. Foetider Ausfluss wurde 4 Wochen vor der ersten Irrigation bemerkt.

Dundas Grant: Chronisches Antrumempyem geheilt durch vordere Turbinotomie und Anwendung des Krause'schen Troicarts.

Reichlicher Ausfluss seit 6 Monaten. Punction nach Lichtwitz. Entfernung dreier cariöser Zähne und Alveolarpunction. 28 Irrigationen durch die Alveolaröffnung ohne Erfolg. Abtragung der vorderen Muschelhälfte und Einführung des Krause'schen Instruments. Nach 12 Irrigationen durch letzteres hörte der Ausfluss auf.

Tilley hält die Alveolarmethode mit Anwendung eines Obturators für diejenige Methode, die in allen Fällen zuerst versucht werden muss, weil sie hinsichtlich der chirurgischen Weiterbehandlung die einfachste ist.

Pegler rühmt die Vortheile, die man durch eine vordere Turbinotomie schafft. Er sah Fälle, in denen die Patienten sich selbst die Tube durch die nach Kraus'e angelegte Oeffnung einführen honnten.

Scanes Spicer hält Tilley entgegen, dass sogar der grössere Theil der Patienten ohne Schwierigkeit lernt, durch die Krause'sche Oeffnung die Tube einzuführen und erklärt die Anwendung der Alveolarmethode in Fällen von sicher erwiesenem chronischen Empyem für ungerechtfertigt. Fälle von Heilung chronischer Empyeme mittelst Ausspülung von der Alveole sind selten; besser ist es, die radicale Methode von Anfang an zu wählen.

St. Clair Thomson meint, dass man dem Patienten selbst ein gewisses Recht einräumen muss, darüber zu entscheiden, ob er sich einer grösseren Operation unterziehen will oder nicht. Nicht jeder chronisch Kranke ist ohne Weiteres als „intractabel“ anzusehen.

Tilley erwidert Spicer, dass er die radicale Methode sehr werthvoll fand, wenn Antrumpolypen den Ausfluss behindern. In den gewöhnlichen Fällen aber mit cariösen Zähnen ist ein Versuch mit Alveolarausspülungen berechtigt und angebracht. Die Spülflüssigkeit ist den besonderen Umständen des Falles anzupassen.

Grant will die Alveolarmethode durchaus nicht discreditirt wissen, muss aber doch daran festhalten, dass viele Fälle nicht eher gebessert werden,

als bis die Drainage durch die Nase eingerichtet ist. Die bucconasale Communication ist physiologisch nicht gut und gestattet die Reinfection vom Munde aus.

Cheatle: Skiagramm einer Silbercanüle im Antrum.

Abgebrochene Alveolarcanüle durch X-Strahlen im Antrum ermittelt.

Grant, Watson Williams und Hill erwähnen ähnliche Fälle von verschwundenen Antrumcanülen.

Wingrave: Ausgebreitete Ulceration der Nase.

50jähriger Mann, mit einer chronischen oberflächlichen Ulceration, die am Nasenflügel begonnen und sich über die Oberlippe und die Backen ausgebreitet hatte. Reichlicher übler Ausfluss aus der Nase und Perforation des Vomer mit excessiven Granulationen. Die Anamnese hinsichtlich Syphilis ist zweifelhaft. Specifische Behandlung ohne Erfolg; auf Tuberculin und Mallein keine Reaction. Tuberkelbacillen in den von dem Geschwürsgrund abgeschabten Massen nicht nachweisbar. Der Fall ist dem von Mac Bride 1896 vorgestellten nicht unähnlich.

Spencer vermuthet Malignität (Ulcus rodens eingerechnet).

Logan Turner theilt mit, dass Mac Bride's Fall jeder Therapie widerstand und letal endigte. Die Ulceration war aber viel tiefer, als in W.'s heutigem Fall, den er für Lupus anspricht.

Bowlby ist geneigt, Ulcus rodens zu diagnosticiren.

Tilley: Syringomyelie mit Lähmung der rechten Hälfte des Gaumens und Rachens und des rechten Stimmbandes.

Risien Russell hat den Allgemeinbefund des Nervensystems bei der Pat., einem 15jähr. Mädchen, erhoben. In der Familienanamnese finden sich Epilepsie und Geisteskrankheit. Vor 5 Jahren bemerkte die Pat. zuerst eine Schwäche der Hand; etwas früher war Heiserkeit eingetreten. Vor 2 Monaten verbrannte sich Pat. an der Hand, ohne die Hitze oder Schmerz zu fühlen.

Gegenwärtig besteht lateraler und rotatorischer Nystagmus; complete Lähmung der rechten Seite des Velum, des Pharynx und des Kehlkopfs. Links sind die Bewegungen normal. Hals- und Schultermuskeln sind intact. Schwäche und Atrophie der Extensoren (weniger der Flexoren) der Vorderarme. Die Hände beiderseits in Klauenstellung, die kleinen Handmuskeln erheblich atrophirt. Ausgesprochene laterale Curvatur der Wirbelsäule, nach rechts convex. Untere Extremitäten normal. Die tactile Sensibilität überall erhalten. Analgesie nicht ausgesprochen. Vollständige Unempfindlichkeit gegen thermale Reize an beiden Armen, an der hinteren Seite des Halses und am Rücken. Kniephänomene gesteigert; kein Fussclonus. An der Haut einige frische trophische Störungen.

Spencer hält die Störungen im bulbären Pharynx- und Larynxcentrum ohne Afficirung der Halsmuskeln für bemerkenswerth.

Hall hat in seinen Fällen von Syringomyelie niemals laryngeale Lähmung gefunden.

Bowlby: Hyperostose des Kiefers und anderer Knochen Nasenstenose erzeugend.

43jährige Frau mit Kopfschmerz, hauptsächlich in der Stirngegend, und Nasenverstopfung seit 18 Monaten. Linksseitiger Exophthalmus. Die linke Fossa temporalis zeigt eine knöcherne Geschwulst, die sich in Exostosen des linken Backen- und Oberkieferknochens fortsetzt. Der linke Supraorbitalrand ist verdickt. Die Nasenfortsätze beider Oberkiefer sind hyperplastisch. Am Boden beider Nasenseiten fühlt man eine knöcherne Excrescenz von Mandelgrösse, mit glatter Schleimhaut überkleidet. Die Nasenmuscheln sind augenscheinlich vergrössert; die andern Gesichtsknochen und der Unterkiefer normal. Puls 130. Kein Tremor; gelegentlich Palpitation. Die Schilddrüse scheint normal. Syphilis nicht sicher nachweisbar, aber „schlechte Gesundheit" seit der Verheirathung, Verlust von 5 unter 6 Kindern und früher einmal ein „Ausschlag im Gesicht".

Spencer empfiehlt einen Versuch mit Schilddrüsenbehandlung.

Willcocks: Linksseitige Stimmbandschwäche.

Der linke Aryknorpel ist in seiner Bewegung stark beschränkt. Keine Zeichen von intrathoracaler Erkrankung nachweisbar. Die Anamnese macht das Bestehen secundärer Syphilis vor 6 Jahren wahrscheinlich.

Lack hält den Fall eher für eine Parese, als für mechanische Fixation der linken Seite.

Waggett: Varicöser Nävus des hinteren Gaumenbogens.

Junger Mann, bei dem ein Netz varicöser Venen die Schleimhaut des linken hinteren Schlundbogens vorwölbt; das nävusartige Gebilde erstreckt sich nach vorn bis auf die Tonsille. Schmerz und Schluckbeschwerden bestehen, seit die Aufmerksamkeit des Pat. auf die Affection gelenkt ist; die letztere aber besteht wohl schon viel länger, wahrscheinlich seit der Geburt. Den Klagen des Pat. braucht keine Bedeutung zugeschrieben zu werden; sie dürfen vielmehr als nervöse angesehen werden.

Hector Mackenzie: Functionelle Heiserkeit bei einer 37jähr. Frau.

Die Frau ist stark tuberculös belastet und wurde selbst als Phthisica ins Hospital geschickt. Indessen waren keine Symptome von organischer Erkrankung bei ihr zu finden. Die Heiserkeit, die seit vielen Monaten bestand, war durch die mangelhafte Annäherung der Stimmbänder erklärt; die Aryknorpel und die Taschenbänder kamen bei der Phonation zusammen. Unter Anwendung des faradischen Stroms besserte sich die Stimme vorübergehend.

St. Clair Thomson hält die Affection auch für eine functionelle und empfiehlt Uebungstherapie zur Beseitigung der Taschenbandsprache.

Grant fand in derartigen Fällen Uebungen mit inspiratorischer Phonation nützlich.

de Santi: Papillom der Tonsille.

Demonstration des Präparates; das Papillom sass auf der hypertrophischen linken Tonsille.

Bond: Maligne Erkrankung der Nase bei einem alten Manne.

Es wurde radical in der Nase und zweimal an vergrösserten Drüsen operirt. Eine dritte Drüsenexstirpation wurde vor 6 Monaten gemacht. Jetzt scheint der Pat. frei von maligner Erkrankung zu sein. Als interessant ist hervorzuheben: 1. die linke Gaumenseite und das linke Stimmband sind paretisch geworden, 2. der Rest des linken Sternocleidomastoideus und des Trapezius ist atrophirt, 3. der Allgemeinzustand ist gut, nachdem der Pat. 6 Jahre lang an zweifelloser maligner Krankheit gelitten hat.

Die Kehlkopfparese ist möglicherweise einer Beschädigung des Vagus bei der letzten Operation zuzuschreiben.

Bond: Recidivirendes Kehlkopfpapillom bei einem 18jährigen Mädchen.

B. sah die Pat. zum ersten Male vor 8 Jahren. Damals waren beide Stimmbänder mit Papillomen bedeckt; die meisten sassen an der oberen Fläche, einige unter der Glottis. Die Tumoren waren wahrscheinlich schon viele Jahre vorhanden. Das damals 10jährige Kind, das als geistig zurückgeblieben angesehen wurde, litt an starker Dyspnoe. In den letzten 8 Jahren wurden alle paar Monate Tumoren mittelst der Zange entfernt. Vor 4 Monaten fand die letzte Operation statt; seither sind die Stimmbänder klar geblieben und die Stimme ist ziemlich gut. Von Interesse ist 1. die lange Dauer der Geschwülste, 2. die allmähliche Abnahme ihrer Tendenz zum Recidiviren, 3. die angebliche Blödheit des Kindes infolge der Larynxpapillome, ein bisher in der Laryngologie nicht erwähntes Vorkommniss.

Auf Anfrage des Vorsitzenden erwähnt Bond, dass er Applicationen von Eisenchlorid (0,42 : 30) versucht hat.

Grant empfiehlt für solche Fälle eine Lösung von 5proc. Salicylsäure in absolutem Alkohol.

Ernest Waggett.

III. Briefkasten.

71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in München.

17.—23. September 1899.

28. Abtheilung: Nasen-, Mund- und Kehlkopfkrankheiten.

Einführender: Professor Dr. Philipp Schech.
Schriftführer: Privatdocent Dr. Hans Neumayer.
Assistent Friedrich Schäfer.

Angemeldete Vorträge:

1. L. Bayer (Brüssel): Fall von Trachealstenose infolge einer Neubildung syphilitischen Ursprungs und über Fremdkörper (Kupfermünze) im Oesophagus mit Radiographie.
2. Herm. Gutzmann (Berlin): Ueber den angeborenen Gaumendefect.
3. Jurasz (Heidelberg): Thema vorbehalten.
4. Onodi (Budapest): Ueber Chorea laryngis.
5. Schech (München): Ueber maligne Rachengeschwülste.
6. Max Scheier (Berlin): Ueber die Section des Nasenrachenraumes.
7. Ernst Winkler (Bremen): Welche nasalen Erkrankungen indiciren die Anwendung der Galvanokaustik?

Bemerkungen. Zu Vortrag 4 ist die Abtheilung 24 und 25 (Neurol. und Psychiatrie, Kinderheilkunde), zu Vortrag 6 die Abtheilung 27 (Ohrenheilkunde), zu Vortrag 7 die Abtheilungen 26 und 27 (Augenheilkunde und Ohrenheilkunde) eingeladen.

XIII. Internationaler Medicinischer Congress.

Paris, 2.—9. August 1900.

Section E. Laryngo-Rhinologie.

Bureau:

Präsident: Dr. Gouguenheim.
Secretär: Dr. Lermoyez (20bis rue la Boëtie, Paris).
Mitglieder: Drs. Cartaz, Chatellier, Garel (Lyon), Luc, A. Martin, Moura-Bourouillon, Moure (Bordeaux), Poyet, Ruault.

Allgemeine Discussionen und Einführende:

1. Pathogenese und Behandlung der eiternden Ethmoiditis. Bosworth (New York) und Hajek (Wien).

2. Die spasmodischen Rhinitiden und ihre Folgezustände. Jacobson (St. Petersburg) und Masini (Genua).
3. Die Anosmie und ihre Behandlung. Onodi (Budapest) und P. Heymann (Berlin).
4. Indicationen, Technik und Ergebnisse der Thyreotomie. Sir Felix Semon (London), Schmiegelow (Kopenhagen), Goris (Brüssel).
5. Sängerknötchen. H. Krause (Berlin), Capart (Brüssel)), O. Chiari (Wien).
6. Diagnose des Kehlkopfkrebses. B. Fränkel (Berlin) und M. Schmidt (Frankfurt).

Zur Frage der Vereinigung der laryngologischen und otologischen Sectionen bei den internationalen medicinischen Congressen.

Der Generalsecretair des VI. internationalen otologischen Congresses, der soeben in London abgehalten worden ist, theilt uns mit, dass der Congress in seiner Sitzung vom 11. August mit grosser Stimmenmehrheit folgende Resolution angenommen hat:

„Dass die Mitglieder des VI. internationalen otologischen Congresses der Ansicht sind, dass bei allen allgemeinen medicinischen Congressen die Otologie und Laryngologie in Gestalt voller und separater Sectionen vertreten sein sollten."

Physiopathologie des N. olfactorius.

Prof. V. Grazzi (Florenz, 8 Borgo dei Greci), der mit einem Referat über die Physiopathologie des Riechnerven beschäftigt ist, bittet die Autoren, die einschlägige Arbeiten veröffentlicht haben, um Zusendung ihrer Publicationen resp. bibliographischer Hinweise.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, October. 1899. No. 10.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **Clarence C. Rice. Die Wichtigkeit der frühen Untersuchung und Behandlung catarrhalischer Mundathmung in öffentlichen Schulen. (The importance of early examination and treatment of catarrhal mouth-breathing in the public schools.)** *N. Y. Med. News. 4. Februar 1899. N. Y. Med. Record. 4. Februar 1899.*

Verf. empfiehlt, dass die Schulinspectoren, die jetzt schon auf die Zeichen infectiöser Erkrankungen zu achten haben, auch instruirt werden, auf „Mundathmer" zu fahnden.

LEFFERTS.

2) **J. J. Bowen. Mundathmung. (Mouth breathing.)** *Brooklyn Med. Journal. Januar 1899.*

Besprechung der verschiedenen Ursachen der Mundathmung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

3) **H. Leslie Burrell. Mundathmung und ihre üblen Folgen. (Mouth breathing and its evil effects.)** *Creighton Medical Bulletin. März 1899.*

Zusammenstellung der anerkannten Thatsachen betreffend die Function der Nase und die Folgen ihrer Behinderung.

EMIL MAYER.

4) **James M. Crawford. Mundathmung. (Mouth breathing.)** *Journal Americ. Medic. Assoc. 27. Mai 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

5) **Redact. Notiz. Die Infectiosität der Erkältungen. (The infectiousness of colds.)** *N. Y. Med. News. 13. Mai 1899.*

Die Thatsache ist ebenso lehrreich, wie interessant, dass in manchen der kältesten Theile der Erde Erkältungen unbekannt sind. Nansen und seine Leute,

die sich doch in einer Weise exponirten, wie sie grösser kaum zu denken ist, litten niemals an Erkältung; kaum hatten sie aber an die heimische Küste von Norwegen den Fuss gesetzt, so waren sie alle durchgehends erkältet. Die Theorie, dass die Erkältung infectiös sei, ist nach allem nicht von der Hand zu weisen.

LEFFERTS.

6) **William H. Murray. Ueber die rasche Heilung einer Erkältung. (How quickly to cure a cold in the head.)** *Vermont Med. Monthly. April 1899.*

M. gebrauchte eine Salbe — in welcher Menge, sagt er nicht — die sterilisirtes Petroleum, Sublimat, Eucalyptusöl, Formalin und Acid. benzoic. boratum enthalten soll.

EMIL MAYER.

7) **W. H. Park. Influenzabacillus. (Influenza Bacillus.)** *N. Y. Med. Record. 25. Februar 1899.*

P. beschreibt seine bakteriologischen Untersuchungen an Influenzafällen. Er bestätigt die Angaben Pfeiffer's. Zur Cultur des Influenzabacillus ist es nöthig, den Nährboden mit Blut oder Hämoglobin vorher zu bestreichen.

LEFFERTS.

8) **William H. Smith. Der Influenzabacillus und die Pneumonie. (The influenza bacillus and pneumonia.)** *Journal of the Boston Society of Med. Sciences. Mai 1899.*

Der Influenzabacillus ist für sich im Stande, Pneumonie zu erzeugen; indess wirken häufig der Pneumococcus und der Influenzabacillus zusammen. Der Typus der daraus resultirenden Pneumonie ist der bronchopneumonische oder lobuläre.

EMIL MAYER.

9) **Geo. B. H. Swayze. Leuchtgas-Grippe. (Fuel gas grippe.)** *Med. Bulletin. Februar 1899.*

Die Grippe ist die älteste und gewöhnlichste Form der Leuchtgasvergiftung, die beim Menschen vorkommt.

EMIL MAYER.

10) **S. G. Stewart. Influenza. (Influenza.)** *Medical Monograph. März 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

11) **Redact. Notiz. Laryngo-bronchiale Reizung bei Influenza. (Laryngo-bronchial irritation of influenza.)** *Western Medical Review. 15. Mai 1899.*

Codein. sulfur. 0,24
Ammon. chlorat. 6,75
Syr. prun. virg. 15,0
Spir. juniper. compos. q. s. 30,0.
M. D. S. 2—3 ständl. 1 Theelöffel voll.

EMIL MAYER.

12) **J. R. Schoonmaker. Influenza. (Influenza.)** *Pennsylvania Med. Journal. April 1899.*

Eine Zusammenstellung des über die Influenza Bekannten.

EMIL MAYER.

13) **Martin Raget. Intermittirende Dickdarmentzündung bei Influenza. (Intermittent entero-colitis in influenza.)** *N. Y. Med. Record. 25. Februar 1899.*

R. spricht von einer abdominellen Form der Influenza. Die Patienten klagen über leichtes Fieber und Uebelkeit. Plötzlich traten schwere Colikschmerzen auf und die Temperatur steigt bis 40°. Nach 24 Stunden ist alles vorüber; kein Fieber, keine Leibschmerzen mehr. Nach 16—24 Stunden aber ein zweiter ganz gleicher Anfall, dem wieder eine fieberfreie Periode folgt. Gelegentlich gehen diese Anfälle 50 Tage lang fort. Das Abdomen ist stark gespannt und hervorragend schmerzhaft. Dabei besteht Constipation, der spärliche Stuhl ist sehr fötide; die wenigen Scybala schwimmen in einer grünlichen Flüssigkeit. Die Therapie besteht in Calomel, Enteroklysmen. warmen Bädern. LEFFERTS.

14) **M. Faisans. Influenza und Erkrankung des Wurmfortsatzes. (Influenza and disease of the vermiform appendix.)** *N. Y. Med. Journal. 15. April 1899.*

Dass ein Influenzaanfall bisweilen in der Aetiologie einer Perityphlitis eine Rolle spielt, ist von manchen Beobachtern angegeben worden; Faisans geht weiter und behauptet, dass die Inffuenza die eigentliche Ursache von Appendixerkrankung ist. Er gründet diese Behauptung hauptsächlich auf die vermeintliche gesteigerte Häufigkeit der Appendicitis in den letzten 12 Jahren, während deren die Influenzaepidemien sich so gehäuft haben. Bei jedem Ausbruch von Influenza, sagt F., zeigt sich gleich oder in der Folge eine Zunahme der Fälle von Appendixerkrankung. LEFFERTS.

15) **S. P. Plummer. Die Nachwirkungen der Grippe. (The after effects of La Grippe.)** *Medical Monograph. März 1899.*

Wahrscheinlich die grösste Gefahr, die vorher gesunden Personen von der „Lagrippe“ (sic. Ref.) droht, liegt im Colon oder Coecum, in der Tuba Fallopiae oder in der Eustachi'schen Röhre oder in der Tubulis der Niere etc.

EMIL MAYER.

16) **J. A. Hofheimer. Die Behandlung der Grippe oder epidemischen Influenza. (The treatment of la Grippe or epidemic influenza.)** *Gaillards Med. Journal. 1899.*

Verf. erzielte mit Phenalgin gute Resultate. EMIL MAYER.

17) **Fordyce H. Benedict. Beobachtungen über Grippe. (Observations on la Grippe.)** *Wisconsin Med. Recorder. Februar 1899.*

Verf. giebt kein Chinin, sondern ein Kohlentheerderivat mit Coffein und Monobromcampher. EMIL MAYER.

18) **John Ashburton Cutter. Die Grippe; ihre Ursache und Behandlung. (Grip. Cause and treatment.)** *Dietetic and Hygienic Gazette. Januar 1899.*

Verf. verwendet Schwefeldämpfe zur Behandlung der Grippe, ferner Ammoniumchlorid in Statu nascenti. EMIL MAYER.

19) **Roberts Bartholow. Die Behandlung der Influenza. (Concerning the treatment of influenza.)** *Philad. Med. Journal. 11. Februar 1899.*

Eine ausreichende Dosis von Pilocarpin (0,05) vermag oft den akuten Catarrh abortiv zu beendigen; am nächsten Tage wird 1 oder 2 mal 0,001 Duboisin gegeben. So wird gewöhnlich das Leiden prompt geheilt. EMIL MAYER.

20) **Redat. Notiz. Zimmt bei Influenza. (Cinnamon in influenza.)** *N. Y. Med. News. 15. April 1899.*

Cinnamon ist wie andere aromatische Stoffe ein gutes germicides Mittel und ist schon wiederholt als Ersatz von Carbol, Jodoform u. A. empfohlen worden. Vielleicht schädigt es auch den Pfeiffer'schen Bacillus. Wenn aber bei Influenza damit angeblich Erfolge erzielt wurden, so sind dieselben bei dieser Krankheit, die in uncomplicirten Fällen an sich nur 3—5 Tage im Durchschnitt dauert, doch stets zweifelhafte. Wenn man die Patienten blos im Bett hält und ihnen irgend ein anderes unschädliches warmes Getränk verordnet, ist der Effect schliesslich derselbe. LEFFERTS.

21) **Redact. Notiz. Die Behandlung der Influenza. (The treatment of influenza.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 29. April 1899.*

Wenn rheumatoide Symptome bestehen, soll Natrium benzoicum 0,6—1,2 zwei- und dreistündlich gegeben werden. Strychnin. arsenicosum oder sulfuricum 0,0005 ein- bis zweistündlich dient als Herzstimulans. EMIL MAYER.

22) **M. J. Bernard. Ein Syrup für den keuchhustenartigen Husten bei Influenza. (A syrup for the pertussislike cough of influenza.)** *N. Y. Medical Journal. 13. Mai 1899.*

Bromoform
Tct. aconit ana 1 Theil
Alkohol 20 Theile
Syrup. codein. 100 „
Syr. Toli 150 „
M. D. S. 3 mal tägl. 1 Theelöffel voll. LEFFERTS.

23) **Baccelli. Influenza-Pulver. (Powders for influenza.)** *N. Y. Med. Journal. 27. Mai 1899.*

Bei hohem Fieber und schweren nervösen Symptomen empfiehlt B.
Chinin. salicyl. 0,18
Phenacetin 0,133
Camphor. 0,018.
M. D. S. 6mal in 24 Stunden 1 Pulver z. n. LEFFERTS.

24) **Redact. Notiz. Behandlung der Influenza bei Kindern. (Treatment of influenza in children.)** *N. Y. Med. News. 27. Mai 1899.*

Sehr wichtig ist Bettruhe bis in die Reconvalescenz hinein. Der Verlauf der primären Infection kann durch Medicamente nicht abgekürzt werden. Nach

symptomatischer Indication sind Calomel, Pulv. Doweri, Phenacetin, Chinin, Codein etc. zu verwerthen. Die Localbehandlung der Nase ist wesentlich.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

25) **Geo L. Richards. Die Toilette der Nase. (The toilet of the nose.)** *Med. Progress. Februar 1899.*

Die Kinder schon sollten lernen, mittelst einer Nasendouche, des Nasenbades oder des Zerstäubers ihre Nase mit einer warmen alkalischen Salzlösung auszuspülen.

EMIL MAYER.

26) **Depierris** (Cauterets). **Das Nasenbad. (Le bain nasal.)** *Soc. Medico-chirurgicale. 14. November 1898.*

D.'s pipettenartiges Instrument, mit dem man die Flüssigkeit ohne Druck in die Nase einlaufen lässt, gleicht in jeder Beziehung den seit langem von Jelenffy, Fränkel, Urbantschitsch u. v. a. empfohlenen Nasenbädern.

PAUL RAUGÉ.

27) **G. Sterling Ryerson. Eine Lösung zur Reinigung der Nasenwege. (Cleansing solution for the nasal passages.)** *Canad. Practit. and Review. Februar 1899. N. Y. Med. Journal. 25. März 1899.*

Natrii bicarbon.
Natrii biborac.
Natrii chlorati ana 1,8
Natrii salicyl. 2,4
Ol. Bergamott 0,18
Listerin 7,5
Glycerin 15,5
Aqu. destillatae ad 240,0.

M. f. solutio. S. Zur Nasenspülung.

LEFFERTS.

28) **H. Edwin Lewis. Reinlichkeit bei Hals- und Nasenkrankheiten. (Cleanliness in disease of the nose and throat.)** *Vermont Medical Monthly. Mai 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

29) **R. Fullerton. Displacirte linke mittlere Muschel, die Nasenpassage 10 Jahre lang verstopfend. (Displaced left middle turbinate which obstructed the nasal passage for 10 years.)** *Brit. Med. Journ. 18. März 1899.*

25jähriger Mann, seit seinem 14. Jahre an Nasenverstopfung leidend. 1888 wurden ihm mehrere Nasenpolypen mit der Zange und Schlinge entfernt. Bei der Untersuchung 1898 fand sich die mittlere Muschel verlagert und locker; sie wurde mit der Schlinge abgetragen.

ADOLPH BRONNER.

30) **Lewis S. Somers. Der Einfluss der Muschelhypertrophie auf den Pharynx. (The influence of turbinal hypertrophy upon the pharynx.)** *University Med. Magazine. Mai 1899.*

Verf. studirte bei 250 Fällen von Muschelhypertrophie die pharyngealen Veränderungen. Bei 132 war der Rachen sklerotisch; bei 72 war Atrophie der hervorstechende Zug; 22 zeigten einen geringen Grad von Entzündung; die lymphoiden Elemente waren hypertrophisch bei 19. Bei 5 schliesslich war nichts Abnormes im Rachen zu constatiren. Die Hauptursache der Veränderungen im Pharynx ist natürlich die Mundathmung; die engen Beziehungen gewisser Theile des Athemtractus zu einander bedürfen aber doch noch weiterer Aufklärung.

EMIL MAYER.

31) **Hiram L. Leffingwell. Pathologie und Behandlung der Geschwüre am Nasenseptum und Nasenboden. (Pathology and treatment of nasal ulcer upon septum nasi and floor of nasal passage.)** *Philad. Med. Journal. Mai 1899. Medical Review. 24. Juni 1899.*

Verf. führt die Geschwüre auf einen varicösen Zustand im Nasenrachen zurück und behandelt sie mittelst Application von Wasserstoffsuperoxydlösung.

EMIL MAYER.

32) **William Lincoln Ballenger. Abscess der Nasenscheidewand. (Abscess of the nasal septum.)** *Memphis Lancet. März 1899.*

4 Tage nach einer Operation mit der Säge hatte der Verf. einen typischen Abscess am Septum.

EMIL MAYER.

33) **C. C. Hubbard. Perforationen im Nasenseptum als Folge von Typhus. (Openings in the nasal septum as a result of typhoid fever.)** *N. Y. Medical News. 3. Juni 1899.*

Zwei Schwestern von 21 und 16 Jahren hatten gleichzeitig Typhus: sie lagen in verschiedenen Zimmern. Bei beiden war der Verlauf ein sehr langsamer. Während der Reconvalescenz bemerkte H. im Septum nasi bei der jüngeren Schwester eine Oeffnung von etwa 2 Linien im Durchmesser. Die Ränder derselben hatten einen weissgrauen Belag, der sich mit Watte nicht abreiben liess. Das Loch vergrösserte sich langsam, bis es nahezu $1/_2$ Zoll im Durchmesser hatte: jetzt nach 8 Monaten ist es etwa $1/_4$ Zoll gross. Der Fall der älteren Schwester verlief ganz ähnlich.

LEFFERTS.

34) **Lewis S. Somers. Chronische Perichondritis der Nasenscheidewand. (Chronic perichondritis of the nasal septum.)** *N. Y. Med. Record. 14. Januar 1899.*

Die localisirte chronische Perichondritis des Septums ist ein häufiges Leiden, das sich gewöhnlich in der Nähe der Nahtlinien entwickelt. Bevorzugter Sitz derselben ist die Cartilago quadrangularis, deren Ernährung infolge der spärlichen Capillaren eine mangelhafte ist. Ursache der chronischen Chondritis ist meistens ein directes oder indirectes Trauma; das erstere gewöhnlich in Form eines Schlags auf die Nase, das letztere eine Wirkung des abgelenkten Luftstroms. Entzündungsvorgänge, erzeugt durch den abgelenkten Luftstrom, sind in

mindestens 20 pCt. der Fälle verantwortlich. Die Inspirationsluft wird von der hypertrophischen Muschel abgelenkt und trifft auf das Septum, anstatt nach hinten in den Nasopharynx sich zu richten. In fast allen Fällen übrigens und besonders bei Kindern spielt ausser diesen mechanischen Verhältnissen noch die sogen. skrophulöse Diathese eine wichtige ätiologische Rolle. EMIL MAYER.

35) **Beaman Douglas. Papillom der Nasenscheidewand. (Papilloma of nasal septum.)** *N. Y. Med. Journal. 9. Januar 1899.*

Krankengeschichte eines Falles von Septumpapillom. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Tumors zeigt, dass es sich um ein wahres papilläres Fibrom handelt, das in seiner Structur vollständig den Stimmbandpapillomen gleicht. LEFFERTS

36) **W. E. Casselberry. Deformitäten der Nasenscheidewand. (Deformities of the nasal septum.)** *Journal Am. Med. Assoc. 4. März 1899.*

C. classificirt im Hinblick auf die Therapie:
1. die Excrescenzen oder Spinen;
2. die Deviationen des Septums;
3. die Combinationen beider. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

37) **P. S. Donnelan. Die Correction von Deformitäten der knorpligen Nasenscheidewand; ein Bericht über 6 nach der Asch'schen Methode erfolgreich behandelte Fälle. (The correction of deflections of the nasal cartilaginous septum with a report of six cases successfully treated by the Asch operation.)** *Therapeutic Gazette. 15. März 1899.*

Verf. berichtet übar seine 6 operirten Patienten, von denen der älteste 62, der jüngste 6 Jahre alt war. EMIL MAYER.

38) **D. Braden Kyle. Die geeignete Behandlung gewisser Formen nasaler Verbiegungen und Hypertrophien. (Appropriate treatment of certain varities of nasal deflection and redundancy.)** *Journal Americ. Medical Ass. 24. Juni 1899.*

Der Verf. legt dar, dass jede Deflection eine Modification der gewählten Behandlungsmethode verlangt. Keine Operation ist für alle Fälle passend, was schon die Masse der vorgeschlagenen Methoden beweist. EMIL MAYER.

39) **E. B. Gleason, Beaman Douglas, J. O. Roe, Arthur W. Watson, F. H. Bosworth** und **Morris J. Asch. Die Behandlung der Nasenstenose durch Septumverbiegung mit oder ohne Verdickung der convexen Seite. (Treatment of nasal stenosis due to deflective septa with or without thickening of convex side.)** *The Laryngoscope. Juni 1899.*

Gleason macht mit einer dünnen Säge unter der Deviation erst einen horizontalen Einschnitt, setzt daran einen zweiten nahezu verticalen Schnitt, so dass eine V-förmige Incision herauskommt. Er drängt dann das Septum gerade und legt ein Rohr in die vorher verengte Seite.

Douglas führt unter Aethernarkose den wohleingeölten Finger in die Nase

ein. Mit besonders gekrümmtem Messer perforirt er das Septum an der Stelle der stärksten Convexität und schneidet der Richtung der Vorbiegung entlang. Er bricht dann das Septum mit der Zange am Nasenboden los, schneidet die überhängenden Wundränder ab und führt Schienen ein.

Roe incidirt an der am stärksten gekrümmten Partie das Septum mit dem Messer in Form eines griechischen Kreuzes. Ein zweiter Schnitt ist gewöhnlich nöthig an der convexen Seite entlang dem unteren Rande der Vorbiegung unter der Schleimhaut. Nachdem mittelst der Zange das Septum dann gebrochen ist, lässt es sich leicht in jede gewünschte Stellung bringen. Roe tamponirt die Nase mit Gaze.

Watson schneidet mit einem scharf gespitzten Tenotom von unten nach oben und der entgegengesetzten Seite. Die obere Partie des Septums wird herübergedrängt, während der Finger in der anderen weiteren Nasenseite liegt.

Bosworth entfernt den vorspringenden Theil des verbogenen Septums mit einer kleinen Säge. Er hat diese Therapie seit 12 Jahren geübt und führt sie stets in seiner Sprechstunde aus, ohne dass die Patienten ihre gewohnte Beschäftigung zu unterbrechen brauchen.

Asch beschreibt seine bekannte Methode und die dabei nöthigen Instrumente. Die Tuben hat er eingeführt, weil die ursprüngliche Tamponade der Nase sehr viele Unannehmlichkeiten mit sich führt. Er wendet jetzt besonders die von E. Mayer angegebenen Tuben an. Seine Methode ist einfach, leicht und schnell ausführbar und giebt sichere und gleichmässig gute Resultate. Bei über 350 Operationen hat er niemals eine grössere Störung erlebt. Jedes forcirte Brechen der knöchernen Deviation, sei es des Vomer oder des Siebbeins ist zu verwerfen.

EMIL MAYER.

40) **Jas. E. Newcomb. Nasale Verstopfung bei übertriebenem Hervorragen des vorderen Bogens der Halswirbel. (Nasal insufficiency due to exaggerated prominence of the anterior arch of the cervical vertebrae.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Februar 1899.*

Verf. traf in zwei Fällen diese Abnormität zugleich mit Adenoiden. Zur Abtragung der Wucherungen im Nasenraum müssen in solchen Fällen die gewöhnlichen Instrumente etwas modificirt werden.

EMIL MAYER.

41) **G. J. Swail. Nasenverstopfung und ihre Folgen. (Nasal obstruction and its results.)** *Southwestern Medical Record. April 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

42) **Robert C. Myles. Zwei Fälle von adhäsiver Nasenstenose, der eine congenitalen Ursprungs, der andere infolge von Scharlach. (Report of two cases of nasal adhesive tissue stenosis, congenital and scarlatinal.)** *Journal Eye, Ear and Throat Diseases. April 1899.*

M. giebt die Krankengeschichte der beiden Fälle und bespricht ihre Pathogenese und Behandlung.

EMIL MAYER.

43) **Joél** (Gotha). **Zur Lehre von dem angeborenen Choanalverschluss.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXXIV. Bd. 1. Heft. 1899.*

In dem von Joél beobachteten Falle (22jähriger Mann) handelte es sich um einen linksseitigen vollständigen gemischten Verschluss der Choane, also überwiegend häutiger Natur nur ganz im untersten Theile, etwa 0,8 mm hoch vom Boden an gerechnet, knöchern. Der membranöse Theil des Verschlusses wurde mit dem Galvanokauter ausgiebig zerstört und die Oeffnung durch Tamponade frei erhalten. Der Erfolg war ein zufriedenstellender, die Athmung wurde frei und das Geruchsvermögen stellte sich allmälig ein.

SEIFERT.

44) **Kayser** (Breslau). **Ueber angeborenen Verschluss der hinteren Nasenöffnung (Choanalatresie).** *Wiener klin. Rundschau. No. 11. 1899.*

Beschreibung eines Falles von einseitiger vollkommener, membranöser Atresie bei einem 24jährigen Manne mit verhältnissmässig geringen subjectiven Beschwerden. Operation wurde abgelehnt. Im Allgemeinen nichts Neues.

CHIARI.

45) **Lermoyez. Hysterische Insufficienz der Nase. (Insuffisance nasale hystérique.)** *Presse méd. 25. Januar 1899.*

Junges Mädchen, das angiebt, es habe seit seiner Kindheit nicht durch die Nase athmen können. Es besteht thatsächlich eine nasale Verstopfung in Folge der besonderen Gestaltung der unteren Muscheln. Diese werden entfernt, worauf schnelle Heilung eintritt. Trotzdem aber die Passage jetzt frei ist, vermag die Patientin nicht durch die Nase zu athmen. Sobald man ihr den Mund schliesst oder auch nur Anstalten dazu trifft, wird die Patientin cyanotisch und bald geradezu asphyktisch. Da die Patientin sonstige hysterische Zeichen darbietet (Hautanästhesien, Gesichtsfeldeinengung, Geschmacks- und Geruchsstörungen etc.) deutet L. diesen Zustand als eine rein hysterische Insufficienz der Nasenathmung. Die Kranke, die den Tag über den Mund offen hat, schläft übrigens in der Nacht ohne Unruhe mit geschlossenem Mund.

A. CARTAZ.

46) **Lermoyez** und **Boulay. Nasale Insufficienz und Verstopfung. (Nasal insufficiency and obstruction.)** *The Medical Age. 10. Juni 1899.*

Vergl. Centralbl. XIV. Heft 10.

EMIL MAYER.

47) **A. C. Bardes. Amadou als Tampon nach Nasenoperationen. (Amadou as a tampon after nasal operations.)** *New York Eye and Ear Infirmary Reports. 1899.*

B. empfiehlt Amadou (Fungus igniarius praeparatus. Ref.) zur Blutstillung in der Nase. Es ist leicht zu sterilisiren, adhärirt der Wundfläche und lässt sich durch Irrigation mit warmem Wasser oder Borsäurelösung leicht wieder entfernen.

EMIL MAYER.

48) **J. Price Brown. Die Anwendung von Gummiröhren nach intranasalen Operationen. (The use of rubber splints following intra-nasal operations.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 24. Juni 1899.*

Zur Intubation der Nase nach intranasaler Operation zieht Verf. die glatten,

zusammendrückbaren und elastischen Röhren, die sich leicht in die nöthige Form zerschneiden lassen und in jeder gewünschten Dicke zu haben sind, allen Hartgummi- oder Silbertuben vor. EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

49) **Dworetzky** (Lemehnen). **Zwei Fälle von angeborener gespaltener Uvula.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 8. 1899.*

Die Ueberschrift besagt Alles. SEIFERT.

50) **E. Harrison Griffin. Polyp der Uvula. (Polypus of the uvula.)** *N. Y. Medical Journal. 28. Januar 1899.*

Der Polyp war 1 Zoll lang und etwa $1/2$ Zoll breit. Papillome der Uvula kommen häufig vor und eine alltägliche Erscheinung ist die Uvula bifida. Einen Polypen dieser Art aber sah Verf. nie vorher.

„Die theilweise oder totale Exstirpation der Uvula", sagt G., „ist wohl die gewöhnlichste Halsoperation, die es giebt, für einen allgemeinen Praktiker; für den Hals- und Nasenspecialisten aber ist sie jetzt thatsächlich die ungewöhnlichste Operation". LEFFERTS.

51) **Walker Downie** (Glasgow). **Ein Fall von primärem Epitheliom des Zäpfchens. (A case of primary epithelioma of the uvula.)** *Scottish Medical and Surgical Journal. Januar 1899. N. Y. Med. Journal. Januar 1899.*

D. giebt die Krankengeschichte eines Falles von diesem ziemlich seltenen Leiden. 56 jähriger Mann klagt seit 2 Monaten über Halsschmerzen, die beim Schlucken zunehmen, so dass die Nahrungsaufnahme seit kurzem ernstlich gestört ist. Die Untersuchung ergiebt eine starke Schwellung der Uvula, die zu ihrem grösseren Theil an der vorderen Fäche und seitlich ulcerirt ist; die Ränder der Ulceration sind erhaben und unregelmässig. Die ganze Masse des Zäpfchens fasst sich hart und fest an und blutet leicht bei Berührung. Eine Lymphdrüsenschwellung ist nicht fühlbar. Die Uvula wird abgetragen, wobei darauf acht gegeben wird, dass hoch oben im Gesunden der Schnitt geführt wird. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt die Diagnose auf Epitheliom. Bisher — nach 17 Monaten — kein Recidiv.

Verf. weist auf die Seltenheit des primären Epithelioms der Uvula hin, das mit der Häufigkeit [? F. S.] ihrer secundären Erkrankung bei Schlund-, Gaumen- oder Zungenkrebs in Contrast steht. A. LOGAN TURNER.

52) **Lennox Browne** (London). **Primäres Epitheliom des Zäpfchens und weichen Gaumens. (Primary epithelioma of the uvula and soft palate.)** *Scottish Med. and Surg. Journal. März 1899. N. Y. Med. Journal. 20. Mai 1899. Laryngoscope. Juni 1899.*

Verf. macht einige Bemerkungen zu Walker Downie's Fall von primärem Epithel des Zäpfchens und berichtet über einen anderen ganz ähnlichen, den er

beobachtet hat. Ausserdem beschreibt er einen Fall, in dem das Epitheliom auf den linken vorderen Gaumenbogen beschränkt blieb.

Fall 1. Mann von 48 Jahren, starker Raucher, mässiger Trinker; in der letzten Zeit erheblich abgemagert; klagt über Schmerzen im Hals und Schluckbeschwerden. Sein Vater starb nach einer Amputation am Knie (wegen Sarcom); die Mutter wurde 2mal wegen Krebs operirt. Die Uvula erscheint als eine warzige verdickte Masse; die Krankheit greift auf den Gaumen über; Drüsen sind nicht zu fühlen. Der Tumor wird mit der Scheere abgetragen; die mikroskopische Untersuchung erweist ihn als Epitheliom. — Der Pat. starb 2 Jahre später an einer rapide wachsenden secundären Geschwulst der Halsdrüsen.

Fall 2. Mann von 52 Jahren; seit 3—4 Monaten bestehen Schmerzen beim Schlucken. Der ganze weiche Gaumen erscheint krankhaft geröthet und eine kleine warzige Geschwulst ist am freien Rande des linken vorderen Gaumenbogens zu sehen. Keine Drüsenschwellung. — Der Pat. verweigert die vorgeschlagene Radicaloperation, trotzdem die Untersuchung eines excidirten Stückchens die maligne Natur der Geschwulst ausser Frage stellt. A. LOGAN TURNER.

53) **M. Coffinas. Die Zunge in den wichtigsten Krankheiten. (The tongue in the most important diseases.)** *N. Y. Med. Record. 25. März 1899.*

C. bespricht das Aussehen der Zunge bei Typhus, Masern, Scharlach, Keuchhusten. Pneumonie, Cholera, Phthisis, Diabetes und Morbus Addisonii.

LEFFERTS.

54) **J. L. Goodale. Ueber parenchymatöse Entzündung von Mund und Zunge. (A consideration of parenchymatous inflammation of the mouth and tongue.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. Mai u. Juni 1899.*

Verf. unterscheidet 4 Arten von Entzündung.

1. Acute parenchymatöse Entzündung des Mundes und der Zunge durch Streptokokkeninfection.
2. Eitrige Entzündung von Mund und Zunge.
3. Parenchymatöse Entzündung durch Diphtheriebacillen.
4. Anomalien der Circulation oder Angioneurosen.

Acutes umschriebenes Oedem des Mundes kommt vor an Lippen, im Munde und an der Zunge; es tritt plötzlich auf und verläuft ganz acut.

EMIL MAYER.

55) **Duplay** (Paris). **Die Diagnostik der Ulcerationen an der Zunge. (Diagnostic des ulcérations de la langue.)** Aus der chirurgischen Klinik des Hôtel Dieu. *Bulletin médical. 27. November 1898.*

D. stellt einen Kranken vor mit Ulceration an der Zunge von zweifelhafter Natur und bespricht im Anschluss daran die differentialdiagnostischen Momente zwischen

a) einfachen oder dentalen,
b) syphilitischen,
c) tuberculösen und
d) krebsigen Ulcerationen.

PAUL RAUGÉ.

56) **Redact. Notiz. Geschwüre der Zunge? (Ulcers of the tongue?)** *Medical and Surgical Monitor. April 1899.*

Lupus der Zunge soll unter localer Anästhesie gründlich curettirt und dann mit dem Paquelin oder dem Galvanokauter verschorft werden. Danach ist tägliche Application von Jodtinctur rathsam.

EMIL MAYER.

57) **A. Fournier** (Paris). **Ulceröse Processe an der Zunge. (Lésions ulcérenses de la langue.)** *Société franç. de Dermat. et de Syphiligr. 8. December 1898.*

Anlässlich der Vorstellung eines Falles weist F. von Neuem darauf hin, wie schwer es in gewissen Fällen ist, Krebs der Zunge von tertiären phagedänischen Läsionen zu unterscheiden. Ganz besonders complicirt wird die Diagnose dadurch, dass es gemischte Fälle von Epitheliom und Syphilis giebt.

PAUL RAUGÉ.

58) **Vollmer** (Kreuznach). **Histologische Bemerkungen zu einem Falle von schwarzer Haarzunge.** *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis. XLVI. 1898.*

Die Entstehung der Hornbildung ist die Folge eines abnorm festen Zusammenhangs der verhornenden Stachelzellen. Ist dieser Zusammenhang unter allen Zellen und an allen ihren Seiten ein gleich fester, so resultiren bei dem steten Nachschub von der Stachelschicht der papill. filiform. die dolchartigen Bildungen. Ist der Zusammenhang nur an einer Seite der Zellen vorhanden, so entstehen die an ineinandergesteckte Trichter oder Blumenstengel erinnernden Formen.

A. ROSENBERG.

59) **J. L. Goodale** und **H. F. Hewes** (Boston). **Ein Fall von isolirter Urticaria der Zunge mit Achlorhydrie. (A case of isolated urticaria of the tongue associated with achlorhydria.)** *Am. Journ. Med. Scienc. April 1899.*

38jähriger Schumacher, der seit über 4 Jahren häufig wiederkehrende schmerzhafte rothe Flecke auf dem Zungenrücken hatte. Neuerdings ist die Schleimhaut der Lippen und Wangen in ähnlicher Weise erkrankt. Auf der Haut war nie ein Ausschlag vorhanden.

Die Untersuchung ergab fast im ganzen Zungenrücken eine mässige symmetrische Schwellung und hellrothe Verfärbung der Papillae filiformes und fungiformes. Die rothen Partien waren uneben, liessen sich aber mit dem Finger glätten; ein Oberflächendefect bestand nicht. Ebensowenig war eine Induration fühlbar. Die Zungenfläche war sehr empfindlich auf Berührung und auf chemische oder thermische Reize. Dagegen waren spontane Schmerzen nicht vorhanden, auch der Geschmack nicht beeinträchtigt. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückchens ergab normale Horn- und Schuppenschicht des Epithels, dagegen eine Proliferation der Endothelzellen des Coriums mit Oedem und Rundzelleninfiltration der Nachbarschaft; ferner Zellwucherung in Rete mucosae.

Die Localbehandlung erwies sich als unwirksam. Der Patient hatte seit über 8 Jahren an Verdauungsstörungen gelitten; oft wurde die Nahrung regurgitirt. Die chemische Untersuchung des Mageninhalts ergab völliges Fehlen der Salzsäure, verminderte Pepsinsecretion; Eiweiss wurde nicht verdaut. Diese Störung wurde nun behandelt und gleichzeitig Salol als intestinales Antisepticum

gegeben. Nach einer Woche war die Urticaria der Zunge vollständig verschwunden. Sie blieb 4 Wochen fort, so lange Salol genommen wurde. Mit dem Aussetzen dieses Mittels kehrte sie wieder, um bei erneutem Salolgebrauch sofort wieder zu verschwinden.

A. LOGAN TURNER.

60) **Ransohoff. Decortication der Zunge bei Behandlung der Psoriasis lingualis. (Decortication of the tongue in the treatment of lingual psoriasis.)** *St. Louis Med. Gazette. Juni 1899.*

Eine Incision durch die normale Mucosa umschreibt die Geschwulst, die dann mit der Scheere excidirt wird. Nachdem mit heissem Wasser die Blutung gestillt ist, wird hypermangansaures Kali applicirt.

EMIL MAYER.

61) **Du Castel** (Paris). **Die Behandlung der lingualen Leucoplakie. (Traitement de la leucoplasie linguale.)** *Journal des Praticiens. 11. Februar 1899.*

Verf. bespricht die Differentialdiagnose gegenüber der Lingua geographica, dem Herpes, der Syphilis und dem Lichen planus und wendet sich dann der Behandlung zu. Dieselbe ist:

1. Medicamentös: Sie soll vor allem schmerzlos und mild sein, nach einem Worte von Schwimmer negativ. Sie besteht in

a) Vermeidung von Reizung (Tabak, Alkohol, gewürzte Speisen, Zucker) und Zahnpflege.

b) strenger Antisepsis des Mundes: Spülung nach den Mahlzeiten; Mundpflege,

c) bei bestehenden Fissuren Application von Salicylsäure (10—30 pCt.), Perubalsam, concentrirter alkoholischer Resorcinlösung od. and. und selbst Aetzung mit Argentum nitricum oder Chromsäure.

2. Chirurgisch: Verändert sich das Aussehen einer Leukoplakie durch Spaltenbildung, Ulceration, Entwickelung von Papillomen oder dergl., so soll sie ohne Zögern sofort total entfernt werden. Das Eintreten lebhafter Schmerzen, besonders in der Tuba Eustachii verlangt ebenfalls und drängender noch den chirurgischen Eingriff. Derselbe soll ausgiebig sein; man kann ihn mit einem schneidenden Instrument oder mit dem Messer vornehmen.

PAUL RAUGÉ.

62) **Wm. S. Gottheil. Gumma der Zunge ohne andere specifische Symptome. (Gumma of the tongue without other specific symptoms.)** *N. Y. Med. Journ. 14. Januar 1899.*

Bemerkenswerth ist, abgesehen von der relativen Seltenheit dieser Localisation, das Vorhandensein der tertiären Läsion bei einem jungen Patienten, der sonst kein Zeichen von luetischer Infection darbot. Der Fall lehrt wieder einmal, dass man die Diagnose Syphilis auf die objectiven Erscheinungen hin stellen muss, ohne jede Rücksicht auf die Anamnese.

LEFFERTS.

63) **P. de Molènes. Erectile Geschwulst der Zunge mit spontaner Heilung. (Tumeur érectile de la langue. Guérison spontanée.)** *Revue médic. 25. Mai 1899.*

Es handelt sich um ein Angiom an der unteren Fläche der Zunge bei einem

Kinde von 3 Wochen. Da der Tumor keine Functionsstörung verursachte und das Kind saugen konnte, entschloss man sich vorläufig nicht einzugreifen. Der Tumor verminderte sich langsam von selbst und war, als das Kind 3 Jahre alt war, vollständig verschwunden.

PAUL RAUGÉ.

64) **Balzer** u. **P. Gauchery** (Paris). **Lymphangiom der Zunge. (Lymphangiome de la langue.)** *Société de Dermat. et de Syphiligraphie. 9. März 1899.*

16 jähriger junger Mann, der seit 10 Jahren an der unteren Fläche der Zunge einen Tumor trägt, welcher aus einer Anhäufung kleiner theils mit Blut, theils mit transparentem Serum gefüllter Cysten besteht. Der Tumor ist nach der Meinung der Verff. ein Hämato-Lymphangiom oder ein reines Lymphangiom.

PAUL RAUGÉ.

65) **C. Harper Richardson. Ein Fall von Lymphangiom der Zunge. (Report of a case of lymphangioma of the tongue.)** *Albany Medical Annals. April 1899.*

12 jähriges Mädchen, das seit 9 Jahren eine warzige Geschwulst hatte, die allmählich gewachsen war, bis sie zuletzt die ganze Oberfläche der Zunge bedeckte und sich links noch unter dieselbe bis zum Frenulum hin ausdehnte. Unter Chloroform wurde 12 mal der Paquelin applicirt. Die Zunge ist jetzt normal, die Geschwulst aber noch nicht total zerstört. Verf. empfiehlt frühzeitige Operation.

EMIL MAYER.

66) **Alfred Blanc. Papillom der Zunge mit epithelialer Umbildung. (Papillome de la langue et transformation epithéliale.)** *Marseille Méd. 15. August 1898.*

Es handelt sich um einen 55 jährigen Kranken, der am rechten Rand der Zunge seit 4 Jahren einen erdbeergrossen, deutlich gestielten Tumor hatte. Derselbe wurde excidirt und mikroskopisch untersucht; er zeigte die klassische Structur eines Papilloms. Im Gewebe des Stiels aber und in der Tiefe der Gewebe bestand eine Proliferation embryonaler Zellen, von denen einige ganz den epithelialen Typus aufweisen.

Der Autor meint, dass hier eine Umbildung von benigner in maligne Geschwulst vorliegt, die zwar sehr selten ist, beim Papillom aber vorkommen kann.

PAUL RAUGÉ.

67) **Gastou** (Paris). **Die Methode von Cerny-Trunecek combinirt mit buccaler Antisepsis bei der Behandlung des Zungenepithelioms. (Méthode de Cerny-Trunecek. Antisepsie buccale combinée dans le traitement de l'épithéliome lingual.)** *Société de Dermatol. et de Syphiligraphie. 12. Januar 1899.*

Neben den eigentlich epitheliomatösen Veränderungen besteht eine interstitielle Glossitis wahrscheinlich infectiösen Ursprungs.

Gegen das Epitheliom selbst geht G. nach der Methode von Cerny-Trunecek (mittelst einer Lösung von arseniger Säure) vor, während er die begleitende Stomatitis mit Sublimatspülungen bekämpft.

Morel-Lavallée nimmt ebenfalls neben den epitheliomatösen noch rein entzündliche Veränderungen an, die eine locale (Sublimatspülung) oder allgemeine

(Calomelinjectionen) Antisepsis rechtfertigen. So sah er ein Epitheliom nach einer Calomelinjection sich um $^9/_{10}$ seiner Grösse verkleinern.

In der weiteren Discussion wird die Frage aufgeworfen, ob längerer Sublimatgebrauch die Zähne schwärzt. Fournier und Maurice bejahen, Galippe und Tenneson verneinen diese Frage.

PAUL RAUGÉ.

68) **Fournier** und **Gaston. Epitheliom der Zunge auf dem Boden einer syphilitischen gummösen Glossitis. (Epithélioma lingual superficiel sur une glossite gommeuse syphilitique.)** *Société franç. de Dermatologie et de Syphiligraphie. 9. Februar 1899.*

Die Verff. legen die anatomischen Präparate vor, die von einem Kranken stammen, der im December 1898 der Gesellschaft vorgestellt wurde.

Die mikroskopische Untersuchung erwies, dass es sich um eine gemischte syphilitisch-epitheliomatöse Glossitis handelte: in der Peripherie gummös, im Centrum epitheliomatös. Dieser Befund beweist, dass das lange bestrittene Nebeneinanderbestehen beider Affectionen thatsächlich vorkommt.

Unter Wirkung einer Calomelinjection war die vorher monströse Zunge des Kranken schnell kleiner und sogar atrophisch geworden. Fälle dieser Art sind nicht selten und Fournier hat öfter partielle und temporäre Besserungen bei Zungenentzündungen unter dem Einfluss von Calomelinjectionen gesehen.

PAUL RAUGÉ.

69) **J. C. Warren. Excision der Zunge wegen Krebs. (Excision of tongue for cancer.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 27. April 1899.*

Vor der Operation wurde 0,0006 g Atropin gegeben und der Mund war trocken. Die Incision wurde von dem Mundwinkel, statt von unter dem Kinn her gemacht.

EMIL MAYER.

70) **B. Robinson. Vergrösserung der Zungentonsille als Ursache von Husten. (Enlargement of the lingual tonsil as the cause of cough.)** *Charlotte Medical Journal. Mai 1899.*

Vergl. den Verhandlungsbericht des 20. Congresses der Americ. Laryngol. Assoc. (s. Centralblatt).

EMIL MAYER.

71) **Seifert. Die Syphilis der Zungentonsille.** *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. XLIV. 1898.*

Am seltensten findet sich auf der Zungentonsille das Erythem.

Papeln sieht man auf derselben in der Mehrzahl der Fälle, in denen im Verlaufe der constitutionellen Syphilis der Rachen erkrankt; die subjectiven Beschwerden sind dabei gering.

Von den Spätformen erinnere das gummöse Infiltrat an die nicht specifische Hypertrophie.

Die glatte Atrophie der Zungenwurzel ist als ein sicheres Zeichen der erworbenen oder angeborenen Syphilis nicht anzusehen; Männer sind häufiger befallen als Weiber.

A. ROSENBERG.

72) **Reintjes. Schilddrüse an der Zungenbasis. (Thyroid gland at base of tongue.)** *The Canadian practitioner and Review. Juni 1899.*

Die Elektrolyse führte nicht zum Ziele. Darauf wurde operirt. Der Patient genas; aber später stellten sich Symptome von Myxoedem ein. EMIL MAYER.

d. Diphtheritis und Croup.

73) **Luisada** und **Pacchioni. Die Einwirkung des Diphtheriegiftes auf das Nervensystem. (The action of diphtheria toxin on the nervous system.)** *N. Y. Medical Record. 11. März 1899.*

Die Verff. stellten experimentell an Hunden die Wirkung des Diphtheriegiftes auf das Nervensystem fest, indem sie die Giftlösung an verschiedenen Stellen theils peripher, theils in die Medulla oder die Gehirnrinde injicirten. Sie constatirten starke locale Veränderungen entzündlich-degenerativer Natur an der Stelle der Injection, sowie schnelle Ausbreitung des Giftes innerhalb des nervösen Systems. LEFFERTS.

74) **Geo. W. Scott. Diphtheritis; ein Bericht über eine neue Epidemie in Madison Run. (Diphtheria — with report of a recent epidemic at Madison Run.)** *Medical Register. Februar 1899.*

Ein unvollständiger Bericht über eine locale Epidemie. EMIL MAYER.

75) **Redact. Notiz. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Medical World. Januar 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

76) **Rabek. Angina diphtheritica bei einem zwei Wochen alten Kinde. (Btenica u dziecha dwutygodniowego.)** *Kronika lekarska. No. 11. 1899.*

Typische Erscheinungen mit Löffler'schen Bacillen, die nach einigen Tagen verschwanden. Es wurden 500 Einheiten von antidiphtheritischem Serum injicirt. v. SOKOLOWSKI.

77) **J. D. Austin. Diphtherie mit ungewöhnlichem Verlauf. (Diphtheria of unusual course.)** *N. Y. Med. Record. 7. Januar 1899.*

An den Fällen, die Verf. in unnöthiger Ausführlichkeit mittheilt, hebt er als bemerkenswerth hervor, dass die Symptome lange dunkel waren und dann eine schwere Form annahmen. LEFFERTS.

78) **N. D. Travis. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Alabama Medical and Surgical Age. Januar 1899.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

79) **J. A. Mc Swain. Membranöser Croup und Diphtheritis. (Membranous croup and diphtheria.)** *Memphis Medical Monthly. Februar 1899.*

Verf. hält Croup und Diphtherie für identisch. Er macht auf die Thatsache aufmerksam, dass das Contagium Jahre lang an den Kleidern haften kann.

EMIL MAYER.

80) **J. A. Mc Swain. Der sogen. membranöse Croup und die Diphtherie. (Membranous croup so-called and diphtheria.)** *Charlotte Medical Journal. März 1899.*

Verf. nennt alle Formen von membranöser Entzündung, bei denen sich der Diphtheriebacillus nicht findet, Pseudodiphtherie, behandelt sie aber alle wie echte Diphtherien.

EMIL MAYER.

81) **T. A. de Armend. Die Einheit von Croup und Diphtherie. (Unity of croup and diphtheria.)** *Medical Progress. Januar 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

82) **H. P. Fahrney. Behandlung des pseudomembranösen Croups. (Pseudomembranous croup treatment.)** *North American Medical Review. April 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

83) **A. M. Osness. Diphtheritis und ihre rationelle Behandlung. (Diphtheria and its logical treatment.)** *N. Y. Lancet. März 1899.*

Verf. ordinirt Calciummonosulfid 0,045 g $1/2$ stündlich 36 Stunden lang; ausserdem local

Acid Carbol 0,9
Tct. ferri sesquichlor. 9,375
Glycerin 30,0
Spirit. rectif. ad 60,0.
M. D. S. Zum Einpinseln.

EMIL MAYER.

84) **J. A. Forsland. Schwefelpräcipitat bei Diphtherie. (Precipitated sulphur in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 18. März 1899.*

F. insufflirt auf das diphtheritische Exsudat 3mal täglich reichlich Schwefel; daneben lässt er mit einem indifferenten Gurgelwasser, vornehmlich mit Natr. biboracic. 1 : 20, gurgeln. Mit dieser Therapie, die er seit 20 Jahren benutzt, ist Verf. auf eine Mortalität von 5 pCt heruntergekommen. Die Schwefelapplicationen vermindern den Schmerz, sind ganz harmlos, leicht ausführbar und nicht kostspielig.

LEFFERTS.

85) **England. Behandlung der Diphtherie der Nase und des Halses. (Treatment of diphtheria of the nose and throat.)** *N. Y. Med. News. 18. März 1899.*

Für Fälle in abgelegenen Orten, in denen das Serum nicht zu beschaffen ist, empfiehlt Verf. folgende Combination von Medicamenten, die er mit vortrefflichem Erfolge oft angewandt hat.

Jodtrichlorid 4,8
Saccharin 0,48
Aqua destill. 30,0.

S. 10mal täglich in 10facher Verdünnung als Gurgelwasser zu gebrauchen. Nach dem Gurgeln wird folgendes Pulver in die Nase eingeblasen:

Natr. sozojodol. 1 Theil,
Sulfur. sublim. 3 Theile.

Ausserdem wird 4mal täglich Tct. ferri perchlor. aether. 15—40 Tropfen gegeben.

LEFFERTS.

86) **J. Zahorsky. Diphtherieserum durch den Mund. (Diphtheria antitoxin by the mouth.)** *Archives of Pediatrics N. Y. März 1899. The Canada Lancet. April 1899.*

Seit seiner ersten Mittheilung (N. Y. Med. Journ. 19. März 1898) hat Verf. wieder 14 Fälle in der Privatpraxis und 150 im Spital durch Serum per os immunisirt. Kein Fall erkrankte. Das Serum wirkt per os gegeben erst nach 36 Stunden; es ist daher diese Art der Einführung mehr für prophylaktische als für Heilungszwecke geeignet. Warum das Serum nicht sogleich ins Blut übergeht, ist nicht bekannt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

87) **H. J. Meyer. Zur Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *Med. Age. 25. Januar 1899. Med. Monograph. Februar 1899.*

Nichts Besonderes; Verf. empfiehlt das Antitoxin.

EMIL MAYER.

88) **Wm. Phipps Munn. Die Präventivbehandlung der Diphtherie. (The preventive treatment of diphtheria.)** *Philad. Med. Journal. 4. März 1899.*

Verf. hält es für die absolute Pflicht des Arztes, jedem Kind, das in einem Hause verbleiben muss, in dem die Infection herrscht, eine Immunisirung von Serum zu geben.

EMIL MAYER.

89) **W. Cheatham. Serumbehandlung der Diphtheritis. (Serum treatment of diphtheria.)** *American Practitioner and News. 1. Januar 1899.*

Ch. antwortet auf die gegen die Serumtherapie erhobenen Einwände.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

90) **W. W. Lambert. Sechszehn Fälle von Diphtherie mit Serum behandelt. (Sixteen cases of serum treated diphtheria.)** *Montreal Med. Journal. März 1899.*

Die Diphtherie lässt sich nach L.'s Ansicht durch das Serum leicht in Grenzen halten und Epidemien sind durch ausgiebige Immunisirung zu verhüten.

EMIL MAYER.

91) **F. Gordon Morrill. Schlussfolgerungen bezüglich des Diphtherieheilserums. (Conclusions of diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 25. Februar 1899.*

Injection einer kleinen Dosis Serum (100—250 I.-E.) immunisirt für mindestens 10 Tage, vorausgesetzt, dass die Injection 24 Stunden vor der Infection stattfindet. Grössere Dosen (250 Einheiten für Kinder von 2 Jahren, bis 500 für 8jährige und ältere) geben unter gleichen Bedingungen Schutz für 20 Tage bis 3 Wochen. Das Serum ist unschädlich für die überwiegende Mehrzahl der kranken Kinder und wahrscheinlich stets bei gesunden Kindern, vorausgesetzt natürlich, dass es rein ist. Das Auftreten einer folliculären Tonsillitis oder einer Coryza bei einer Person, die den Klebs-Loeffler'schen Bacillus in Hals und Nase hat, kann die Präventivimpfung mit Serum freilich nicht verhindern; aber diese sind ebenso wenig Diphtherie, wie eine Bronchitis Pneumonie ist, weil im Speichel Pneumokokken sich finden.

LEFFERTS.

92) **J. R. Armstrong. Ueber die Anwendung des Diphtherieserums in der allgemeinen Praxis mit einem Bericht über 122 Fälle. (On the use of diphtheria antitoxin in general practice with history of 122 cases.)** *Lancet. 4. März 1899.*

55 schwere Fälle wurden injicirt; nur 1 von diesen starb. 25 leichtere Fälle wurden nicht injicirt und 2 starben. 1500 Einheiten des flüssigen Serum von Burroughs, Wellcome u. Comp. wurden injicirt und wenn nöthig, wurde diese Dosis nach 24 Stunden wiederholt. In 9 Fällen entwickelte sich postdiphtheritische Lähmung. Die Pat. wurden alle mit Eisenchlorid und Ammoniumacetat behandelt und erhielten Cognac.

ADOLPH BRONNER.

93) **H. H. Witherstine. Diphtherie und Heilserum. (Diphtheria and antitoxin.)** *Northwestern Lancet. 15. März 1899.*

W. spricht günstig von den Seruminjectionen; seine Mittheilung enthält im Uebrigen nichts Neues.

EMIL MAYER.

94) **J. E. Labirge. Die Behandlung der Diphtherie mittelst Heilserum. (The treatment of diphtheria by the use of antidiphtheritic serum.)** *Montreal Med. Journal. April 1899.*

L. ist Anhänger der Serumtherapie; er bekämpft alle Einwände, die gegen sie erhoben sind.

EMIL MAYER.

95) **Riese. Diphtherieserum und Sterblichkeit. (Diphtheria antitoxin and mortality.)** *N. Y. Medical Record. 18. März 1899.*

R. behandelte 100 Fälle von Diphtherie mittelst Serum; von diesen starben 8. Tracheotomirt wurden 56 Fälle, von welchen 4 starben. Die Mortalität beträgt also 7 pCt. unter den Operirten und 9 pCt. unter den nicht operirten Fällen.

LEFFERTS.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

96) **Nisenson. Ein Fall von acuter Larynxstenose in Folge von Verbrennung durch eine heisse Kartoffel. (Przypadek ostrego zwyzenia krtani wskuteh oparzenia goracym kartoflem.)** *Medycyna. No. 15. 1899.*

Bei einem $1^1/_4$ Jahre alten Kinde, das einige Bissen einer heissen Kartoffel verschluckt hatte, stellte sich nach einigen Stunden Cyanose und ein heftiger Erstickungsanfall ein.

Laryngoskopisch fand Verf. starke Hyperämie und Schwellung der hinteren Larynxwand, der Epiglottis und der Stimmbänder. Nach Anwendung antiphlogistischer Mittel verminderte sich die Stenose allmälig, und das Kind genas nach einigen Tagen vollständig.

A. v. SOKOLOWSKI.

97) **A. Rundström** (Stockholm). **Zwei Fälle von Larynxstenosis mittels Dilatation behandelt. Heilung. (Tvenne fall af larynxstenos med framgaang behandlade medelst dilatation.)** *Hygea. 65. 1899.*

Fall I. 37jähriger Mann — Tentamen suicidii. — Pat. schnitt sich am

17. November 1896 den Kehlkopf durch. Der Schnitt ging durch die Trachea unmittelbar unter der Cart. cricoidea. Die Wunde wurde, nachdem eine Trachealcanüle eingelegt war, sofort genäht. Mitte December war die Wunde geheilt und die Canüle konnte entfernt werden. 14 Tage nachher musste die Canüle aber wegen Athemnoth wieder eingelegt werden. Die Ursache der Stenose bildeten theils Granulationsmassen, theils eine stenosirende feste Membran, die den oberen Theil von dem unteren Theil des Larynx trennte. Nachdem mehrere Versuche die Stenose mit Schrötter's Dilatationsbolzen zu erweitern, gemacht waren, ohne dass ein bleibender Erfolg erzielt wurde, wurde die sehr hoch gelegene Canüle so weit wie möglich nach unten gegen das Sternum gelegt, und nunmehr ging die Dilatation rasch vorwärts. Schliesslich wurden Intubationsröhren angewandt, und am 12. December 1897 konnte der Pat. als geheilt entlassen werden.

Fall II. 45jährige Frau — syphilitische Perichondritis laryngea. — Am 19. November 1897 tracheotomirt. Dilatation mit Bolzen und Intubationstuben. Heilung am 29. Januar 1898 vollendet.

SCHMIEGELOW.

98) **John Rogers. Kehlkopfstenose. Eine besondere Intubationsröhre. (Laryngeal stenosis. Special intubation tube.)** *N. Y. Medical Record. 22. April 1899.*

Krankengeschichte eines complicirten Falles von Stenose. Das Besondere an der Intubationsröhre war, dass sie gegenüber der Anschwellung eine Oeffnung hatte, in die eine Art Pflock hineingeschraubt wurde. Dieser Pflock ragte aus der Tracheotomiewunde heraus. Bei Erstickungsgefahr durch Verschluss der Tube konnte der Pat. ihn selbst herausschrauben und die für die Athmung nöthige Oeffnung dadurch sichern.

LEFFERTS.

99) **Louis Fischer. Recidivirende Kehlkopfstenose nach der Intubation. (Recurring laryngeal stenosis after intubation.)** *N. Y. Med. Record und Philad. Med. Journal. 29. April 1899.*

O'Dwyer fasste die Ursachen der persistirenden Stenose nach der Intubation in das eine Wort „Trauma" zusammen. Eine Ausnahme von dieser Regel bilden nur gewisse Fälle von Stimmbandlähmung. Der Sitz der Läsion, die unzweckmässigen Tuben und der Ungeübtheit des Operateurs zur Last fällt, ist gewöhnlich gerade unter den Stimmbändern. Verhütet wird diese Complication durch ein möglichst vorsichtiges und sanftes Einführen der Tube, Benutzung einer Gummitube und Herausnehmen derselben alle 2—3 Tage zur Vermeidung von Reizung durch Kalkablagerung. Ist wiederholte Intubation erforderlich, so soll die Tube vor dem Einführen in heisse Gelatinelösung, die 25 pCt. Alaun und 20 pCt. Ichthyol oder 3 pCt. Jodoform enthält, getaucht werden.

EMIL MAYER.

100) **Ch. Martin. Partielle Nekrose des Ringknorpels infolge von längerem Liegen einer Oesophagussonde bei einem wegen Zungenkrebs operirten Patienten. (Nécrose partielle du cricoide due au séjour prolongé d'une sonde**

oesophagienne chez un malade opéré d'un cancer de la langue.) *Société anatomique de Paris. Januar 1899.*

Die Dauersonde lag 3 Monate. An der vorderen Pharynxwand entstand in der Höhe des Ringknorpels eine Ulceration von 2 cm Ausdehnung, in deren Tiefe man den nekrotischen Knorpel sah. Vor dem Ringknorpel fand sich eine eitrige Höhle, in die man die Spitze des Zeigefingers einlegen konnte. Die Larynxschleimhaut war intact.

PAUL RAUGÉ.

101) **Rush R. Gingles. Fractur des Kehlkopfs. Abscess. Tod. (Fracture of the larynx. Abscess. Death.)** *Louisville Med. Monthly. April 1899.*

Pat. starb 4 Tage nach der Verletzung.

EMIL MAYER.

102) **Jacques. Fremdkörper aus dem Halse eines 4 Monate alten Kindes entfernt. (Corps étranger extrait de la gorge d'un enfant de quatre mois.)** *Soc. de Méd. de Nancy. 23. November 1898.*

Es handelte sich um ein knöchernes Plättchen, das sich von dem Saugapparat an der Flasche des Kindes losgelöst hatte und hinter dem Gaumensegel fixirt war. Der untere Rand steckte in der Plica glossoepiglottica fest. Das Plättchen war durchbohrt und infolge dieser centralen Oeffnung waren Respiration und Schlucken die 3 Tage, die der Extraction vorangingen, ermöglicht worden.

PAUL RAUGÉ.

103) **Chas. H. Knight. Fremdkörper im Kehlkopf. (Foreign bodies in the larynx.)** *N. Y. Medical News. 15. April 1899.*

Interessante Fälle; nichts Neues.

LEFFERTS.

104) **Harry Morrell. Bronchopneumonie nach Inhalation eines Fremdkörpers. (Bronchopneumonia from the inhalation of a foreign body.)** *N. Y. Medical Journal. 11. März 1899.*

Das Kind magerte stark ab und wurde immer schwächer, bis 6 Wochen nach dem Unfall in einem Paroxysmus von Husten und Erbrechen der Fremdkörper — ein $^1/_2$: 1 cm grosses, an einer Seite flaches, an der anderen convexes Stück Nuss — ausgeworfen wurde. In etwa 10 Tagen erholte sich das Kind, jetzt ist es gesund und stark.

LEFFERTS.

105) **C. E. Coon. Ein weiterer Fall von Bronchitis und Pneumonie im Anschluss an Inhalation eines Fremdkörpers. (Another case of bronchitis and pneumonia following the inhalation of a foreign body.)** *N. Y. Medical Journal. 25. Februar 1899.*

Die Diagnose wurde auf rechtsseitige centrale Pneumonie gestellt. Während eines Hustenanfalls warf die Pat. eine schleimig-eitrige Masse aus, in der ein Fremdkörper gefunden wurde, welcher sich bei näherer Untersuchung als eine Blaubeere erwies. Die Pat. hatte 11 Tage vorher Blaubeeren gegessen, hatte aber nichts davon gespürt, dass sie eine davon inhalirte.

LEFFERTS.

106) **William T. Jenkins. Fremdkörper im Larynx. (Foreign bodies in the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 10. Juni 1899.*

Ein sehr merkwürdiger und ungewöhnlicher Fall wird als eingeklemmte Epiglottis mitgetheilt. Bei der Herausnahme des Larynx fand sich der Kehldeckel zwischen den Stimmbändern eingeklemmt; die sorgfältige Obduction ergab keine andere Ursache des plötzlich unter Asphyxie erfolgten Todes.

LEFFERTS.

107) **William J. Jenkins. Plötzlicher Tod durch Fremdkörper im Larynx. (Sudden death from foreign bodies in the larynx.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 10. Juni 1899.*

Der Verf. führt eine Reihe von Fällen auf, in denen durch inhalirte Fremdkörper plötzlicher Exitus eintrat, ehe ärztliche Hilfe noch eingreifen konnte.

EMIL MAYER.

108) **J. Payson Clark. Fremdkörper im Kehlkopf von Kindern. (Foreign bodies in the larynx in children.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 1. Juni 1899.*

C. berichtet über 5 Fälle. Die Extraction gelingt öfters mittelst der Kehlkopfzange, zu deren Einführung aber die Anästhesirung erforderlich ist. C. zieht den Aether vor und giebt zur Herabsetzung der Schleim- und Speichelabsonderung etwas Atropin per os.

EMIL MAYER.

109) **Francis J. Quinlan. Einklemmung eines Fremdkörpers im Larynx. Heilung nach hoher Tracheotomie. (Impaction of foreign body in larynx; recovery after high tracheotomy.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 10. Juni 1899. N. Y. Med. Record. 10. Juni 1899.*

Der Fremdkörper, eine Schraube, liess sich mittelst intralaryngealer Methoden nicht extrahiren, so dass zur Tracheotomie geschritten werden musste. Nach dieser gelang die Extraction sofort und die Wunde konnte geschlossen werden.

EMIL MAYER.

110) **J. Maravel** (Oran). **Fremdkörper (Blutegel) in der Trachea. (Corps étranger de la trachée [sangsue].)** *Rev. Méd. de l'Afrique du Nord. 15. December 1898.*

Ein Araber trank Wasser aus dem offenen Fluss und verschluckte dabei einen Blutegel. Man konnte denselben im laryngoskopischen Bilde sehen: er sass in der Gegend des 5. Trachealringes. Die Symptome waren: Hustenanfälle, Heiserkeit, reichlicher Auswurf mit Blut vermischten Schleimes. Die laryngoskopische Untersuchung ergab eine Hyperämie der Glottis, wie bei akuter Laryngitis; die oberen Trachealringe waren stark roth, sie schienen mit reinem Blut bedeckt zu sein. Nachdem mehrfach versucht war, das Thier mittelst Flüssigkeiten (Cocainlösung, Salzwasser, Tabakabkochung) loszulösen, machte M. Extractionsversuche mit der Zange. Nach längeren Bemühungen glückte die Extraction und der Kranke genas jetzt schnell von seinen Beschwerden.

PAUL RAUGÉ.

111) **F. Dupont. Fremdkörper der Trachea. (Corps étranger de la trachée.)** *Journ. de méd. prat. 10. Januar 1899.*

Mädchen von 4 Jahren bekommt plötzlich einen Erstickungsanfall. Da das Kind Ascariden von sich gegeben hat, vermuthet D., dass ein Wurm in die Luftwege gedrungen ist und schlägt die Tracheotomie vor. Dieselbe wird erst 7 Tage nachher, als die Athemnothanfälle zunahmen, von den Eltern genehmigt. Als die Luftröhre eröffnet ist, wird fast unmittelbar eine Kaffeebohne ausgeworfen. Das Kind kommt zur Heilung.

A. CARTAZ.

112) **Sevestre. Fremdkörper in der Trachea entfernt durch Intubation. (Foreign body in the trachea removed by intubation.)** *N. Y. Medical News. 21. Januar 1899.*

5jähriges Mädchen mit Anfällen von Asphyxie, bedingt durch einen Fremdkörper, der seit über 6 Wochen in der Trachea des Kindes steckte. Sevestre führte die Kehlkopftube ein, nachdem er darauf vorbereitet hatte, dass, wenn die Intubation misslänge, sofort die Tracheotomie angeschlossen werden sollte. Ein paar Minuten, nachdem die Tube eingelegt war, wurde der Fremdkörper, eine Glasperle von $1/3$ Zoll Länge und halb so breit, ausgehustet.

LEFFERTS.

113) **Jas. S. Warrack. Tod durch einen im linken Bronchus eingeklemmten Zahn. (Death from a tooth in left bronchus.)** *Brit. Med. Journal. 18. Februar 1899. N. Y. Med. Journal. 11. März 1899.*

Der eben unter Lachgas extrahirte Zahn wurde bei einer forcirten Inspiration inhalirt. Die ganze linke Lunge war ausser Function. Hektisches Fieber trat ein und 13 Tage später waren deutliche Symptome von Lungengangrän vorhanden. 3 Tage später trat der Tod ein. Der Zahn fand sich bei der Section im linken Bronchus mit der Krone nach oben fest eingeklemmt; die ganze linke Lunge war gangränös.

LEFFERTS.

114) **W. A. Moffat. Patrone im rechten Bronchus. (Cartridge in the right bronchus.)** *Brit. Med. Journal. 4. März 1899.*

7jähriger Knabe verschluckte eine Pistolenkugel 7 Tage danach wurde dieselbe durch Roentgenstrahlen localisirt; es wurde eine tiefe Tracheotomie gemacht und die Kugel mit einer Nasenzange entfernt. Der Knabe genas.

ADOLPH BRONNER.

115) **J. C. Warren. Vorstellung von Fällen, die wegen Fremdkörper im Halse operirt worden sind. (Presentation of patients operated upon for foreign body in throat.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 6. April 1899.*

Bericht über 6 Fälle, die von aussen operirt wurden mit dem Resultat, dass 4 geheilt wurden und 2 starben, der eine durch Shock, der zweite durch Shock und Bronchopneumonie.

EMIL MAYER.

116) **Thomas H. Manley. Tracheotomie unter localer Anästhesie. (Tracheotomy by the aid of local anaesthesia.)** *Medical Times and Register. März 1899.*

Die Tracheotomie unter Cocain sollte die unter allgemeiner Narkose bei

allen Erwachsenen ganz ersetzen. M. giebt vorher ein paar Dosen Alkohol per os: bei Patienten mit schwachem Herzen oder organischer Erkrankung ausserdem 0,0012 g Strychnin subcutan. Der Pat. sitzt während der Operation mit stark zurückgelehntem Kopf.

EMIL MAYER.

117) **A. Jacobi. Die Langlebigkeit tracheotomirter Kinder. (The longevity of tracheotomized children.)** *N. Y. Medical News. 1. April 1899.*

Landouzy hat die Ansicht ausgedrückt, dass alle tracheotomirten Kinder innerhalb weniger Jahre der Tuberculose anheimfallen und Simon „kennt nur einen einzigen Erwachsenen, der als Kind tracheotomirt wurde". Jacobi berichtet über seine persönlichen Erfahrungen, die das Gegentheil beweisen.

LEFFERTS.

118) **H. Unrichtigkeit der Behauptung Landouzy's, dass Tuberculose der Tracheotomie folgt. (A denial that tuberculosis follows tracheotomy, as claimed by Landouzy.)** *N. Y. Med. News. 1. April 1899.*

Ein Brief an den Herausgeber, dessen Inhalt aus der Ueberschrift hervorgeht.

LEFFERTS

119) **Redact. Notiz: Die Lebensdauer nach der Tracheotomie in Amerika. (Expectancy of life after tracheotomy in America.)** *N. Y. Med. News. 1. April 1899.*

Der Herausgeber weist auf Landouzy's bemerkenswerthe Behauptung hin, dass die tracheotomirten Kinder nicht alt werden, und bemerkt dazu, dass die klinische Erfahrung in Amerika der Tracheotomie keine so üble Diagnose zuzuschreiben vermag.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

120) **Brainin. Zur Frage des Einflusses der Schilddrüsenpräparate auf die Morphologie des Blutes bei Thieren und gesunden Menschen. (K woprosy o wlijanii preparatow schtschitowidnoi jelesi na morfologiju prowi u jiwotnich i sdorowich ljudei.)** Dissertation. Petersburg 1899.

Brainin machte Versuche an 14 Katzen, die er längere Zeit mit Schilddrüsenpräparaten fütterte und an 4 Menschen. Die Anwendungsdauer betrug bei letzteren nur 8 Tage. Seine Beobachtungen fasst Brainin in folgenden Schlusssätzen zusammen:

1. Bei Thieren ruft längerdauernde Fütterung mit Schilddrüsenpräparaten in der Dosis 0,12—0,4 Herabsetzung der Zahl der rothen Blutkörperchen und zuweilen eine nicht stark ausgesprochene Leukocytose hervor.

2. Bei Menschen beobachtet man bei einer Dosis von 0,2—1,0 ähnliche Erscheinungen.

3. Der procentuale Hämoglobingehalt fällt bei Menschen und Thieren.

4. Es fällt auch das Körpergewicht.

P. HELLAT.

121) **François Franck. Gebrauch und Gefahren der Thyroidtherapie. (Emploi et dangers de la médication thyroidienne.)** *Académie de Médecine. 10. Jan. 1899.*

Verf. schildert die Gefahren des Thyroidismus und warnt davor, den Pat. die Schilddrüsenpräparate anzuvertrauen.

Lancereaux, Potain und Huchard schliessen sich seinen Ausführungen an.

PAUL RAUGÉ

122) **François Franck** (Paris). **Der Thyroidismus. (Le thyroidisme.)** *Académ. de Médecine. 25. Januar 1899.*

F. erstattet den Bericht der in einer der letzten Sitzungen zur Prüfung dieser Frage ernannten Commission.

Die Thyroidtherapie hat ernste Gefahren; sie ist deshalb nur bei formeller Indication und mit sorgfältiger Ueberwachung und langsamem Ansteigen der Dosen einzuleiten.

Die Thyroidvergiftung äussert sich in Veränderungen des Urins (Phosphaturie, Azoturie, Glykosurie, Albuminurie, Polyurie), in Schwindel, Zittern, Palpitationen, Athemnoth, Schlaflosigkeit.

Die Commission schlägt vor, die pharmaceutischen Präparate der Schilddrüse dem Reglement, das für den Verkauf gefährlicher Heilmittel aufgestellt ist, zu unterwerfen.

PAUL RAUGÉ.

123) **J. C. Schaefer. Kropf. (Goitre.)** *N. Y. Med. Record. 14. Januar 1899.*

Jodi crystall. 0,06
Kalii jodati 0,12
Alkohol 7,5
Syr. simpl. 30,0
Aqu. destill. 22,5

M. D. S. 1 Theelöffel voll in $1/2$ Glas Wasser 4mal täglich. Schaefer hat $1/3$ seiner Fälle in den letzten 5 Jahren mit Thyroidextract, die anderen mit Jod behandelt. Jod gab raschere Erfolge.

LEFFERTS.

124) **Redact. Notiz. Kropf. (Goitre.)** *Medical and Surgical Monitor. April 1899.*

Erwähnung eines Falles von plötzlichem Exitus nach Injection einer reizenden Lösung in die Kropfgeschwulst.

EMIL MAYER.

125) **J. Fred. Clarke. Basedow'sche Krankheit in Jowa. (Exophthalmic goitre in Jowa.)** *Philad. Med. Journal. 18. Februar 1899.*

Versuch einer Statistik.

EMIL MAYER.

126) **Glantenay. Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Traitement du goitre exophthalmique.)** *Archives générales de méd. November 1897.*

Verf. hält für die unechte Basedow'sche Krankheit die chirurgische Behandlung von vornherein für angezeigt, verlangt aber bei dem wahren Basedow stets erst einen Versuch mit der medicamentösen Behandlung. Wenn diese er-

folglos bleibt, hat man zu wählen zwischen partieller Thyroidektomie und Sympathicektomie.

PAUL RAUGÉ.

127) **Kant. Behandlung der Basedow'schen Krankheit.** (**Treatment of exophthalmic goitre.**) *N. Y. Medical Journal. 21. Januar 1899.*

K. empfiehlt:

Duboisin. sulfur. 0,0005
Aquae 1,8.
S. 2 oder 3 mal täglich z. n.

Verf. theilt einen Fall mit, in dem er dieses Mittel 3 Monate fortgebrauchen liess und erhebliche Verminderung aller Symptome erzielte. Gelegentlich freilich führt das Medicament zu Somnolenz und anderen üblen Nebenwirkungen.

LEFFERTS.

128) **Dieulafoy. Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (For exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical News. 25. Februar 1899.*

D. giebt gegen den Gefäss-Erethismus:

Pulv. ipecac. 1,8
Pulv. fol. digital. 0,9.
M. f. pil. No. 50. S. 2—4 Pillen täglich.

Die Ipecacuanha soll nie bis zu der Dosis gesteigert werden, dass Erbrechen erfolgt; aber leichte Uebelkeit darf vorkommen. Das Mittel ist mindestens eine Reihe von Monaten fortzubrauchen. Ammonium valerian. ist oft nützlich. Zu empfehlen sind hydrotherapeutische Proceduren.

LEFFERTS.

129) **J. N. Coolidge. Ein Fall von Basedow'scher Krankheit. (A case of exophthalmic goitre.)** *Boston Med. and Surgical Journal. 16. Journal 1899.*

Krankengeschichte des Falles, bei dem weder Kropf noch Exophthalmus bestand. Nachdem Thyroidextract eine kurze Zeit gegeben war, entzog sich der Pat. der Beobachtuug.

EMIL MAYER.

130) **Abadie. Die Sympathicusresection bei Basedow'scher Krankheit. (La sympathicectomie dans le goitre exophthalmique.)** *Société de Biologie. 4. Februar 1899.*

Bericht über einen neuen Fall, der durch die Resection des Sympathicus geheilt worden ist.

Der Verf. legt seine Anschauungen über das Wesen der Krankheit und über die Art der Wirkung der Sympathicektomie dar.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

131) **Th. Rosenheim** (Berlin). **Beiträge zur Oesophagoskopie.** *Deutsche medic. Wochenschr. 4/5. 1899.*

An 7 ausführlichen Krankengeschichten (1. Oesophagusdivertikel, 2. Spasmus oesophag., 3. Atonie, 4. Compression, vermuthlich durch einen Mediastinal-

tumor, 5—7. Oesophagitis chronica) zeigt Verf., dass es gelingen muss, durch die Oesophagoskopie viele Fälle vom Carcinoma oesophag. abzutrennen, die ohne diese Untersuchungsmethode als Carcinome gedeutet werden. ZARNIKOW.

132) **E. G. Janeway. Ein Fall von tödtlicher Oesophagus-Blutung. (A case of fatal oesophageal hemorrhage.)** *N. Y. Medical Record. 31. Januar 1899.*

50jähriger Mann, der anscheinend in guter Gesundheit lebte, bekam mehrere heftige Attacken von Blutbrechen und gleichzeitig blutigem Stuhlgang. Es wurde ein Ulcus ventriculi angenommen. Nach 2 Wochen trat durch Erschöpfung und unter septischen Erscheinungen der Tod ein. Bei der Section fanden sich varicöse Venen von Fingerdicke im Oesophagus; in einer derselben eine Oeffnung, verschlossen durch einen inficirten Thrombus. Der Magen war normal; keine Lebercirrhose. LEFFERTS.

133) **A. J. Cabot. Münze im Oesophagus. (Coin in oesophagus.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 6. April 1899.*

Operation von aussen und Heilung. EMIL MAYER.

134) **Albert Vanderveer. Fälle von Fremdkörpern in der Speiseröhre. (Foreign bodies in the oesophagus with report of cases.)** *The Clinical review. April 1899.*

V. theilt die Krankengeschichten von 14 Fällen mit, in denen verschiedene Fremdkörper im Oesophagus eingeklemmt waren. EMIL MAYER.

135) **S. T. Mixter. Entfernung eines Pfirsichkerns durch die Oesophagotomie. (Removal of a peach stone by oesophagotomy.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 6. April 1899.*

Aeussere Oesophagotomie 6 Monate nach dem Verschlucken des Kerns. Derselbe wurde mit einer gewöhnlichen Uteruscurette entfernt. Der Pat. genas.

EMIL MAYER.

136) **A. Post. Fall von Oesophagotomie zur Entfernung eines Fremdkörpers. (A case of oesophagotomy for removal of foreign body.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 6. April 1899.*

Silbermünze 4 Tage nach dem Verschlucken entfernt. EMIL MAYER.

137) **E. L. Patterson. Oesophagusstrictur. (Stricture of the oesophagus.)** *New Albany Medical Herald.*

Verf. empfiehlt die Dilatation mittelst Bougies. EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Ludwig Jankau** (München-Planegg). **Vademecum und Taschenkalender für Ohren-, Nasen-, Rachen- und Halsärzte auf das Jahr 1899.** IV. Jahrgang. München 1899. Verlag von Seitz und Schauer.

b) **Richard Lake** (London). **Internationaler Adresskalender der Laryngologen und Otologen, enthaltend die Namen und Adressen von Aerzten, welche sich mit dem Studium und der Praxis der Laryngologie und der Otologie beschäftigen. (International Directory of Laryngologists and Otologists, containing names and addresses of practitioners engaged in the study and practice of Laryngology and Otology.)** Veröffentlicht unter den Auspicien des „Journal of Laryngology, Rhinology and Otology". London. The Rebman Publishing Company (Ltd.). 1899.

Obwohl schon aus den Titeln der beiden hier gemeinschaftlich zu besprechenden Werke hervorgeht, dass sie nicht völlig gleiche Zwecke verfolgen, — denn das deutsche stellt sich die umfangreichere Aufgabe, ein „Vademecum" für den Hals- und Ohrenarzt zu bilden, während das englische nur auf die bescheidenere Rolle eines „Adresskalenders" Anspruch macht —, so dürfte es doch zweckmässig sein, die Besprechung beider zu vereinigen. Denn abgesehen davon, dass beiden der gleiche Kernpunkt zukommt (resp. das, was ich für ihren Kernpunkt halte), nämlich das internationale Verzeichniss der sich mit Laryngologie, Rhinologie und Otologie beschäftigenden Aerzte, so decken sich die Bemerkungen und die Vorschläge, welche ich mir den Herren Herausgebern beider Werke zu machen erlauben möchte, so vollständig, dass eine gemeinschaftliche Besprechung ermüdenden Wiederholungen vorbeugen dürfte.

Der Kernpunkt beider Werke, wurde soeben bemerkt, ist das internationale Verzeichniss der sich mit Laryngologie, Rhinologie und Otologie beschäftigenden Aerzte. Ein solches Vezeichniss herzustellen, ist eine ebenso schwierige wie zeitraubende Aufgabe, und man kann beiden Herausgebern nur dankbar dafür sein, dass sie sich derselben unterzogen haben. Auch wird man angesichts der ungemeinen Schwierigkeiten, welche sich der Herstellung eines vollständigen und verlässlichen Verzeichnisses dieser Art entgegenstellen, zumal wenn das Unternehmen ein privates ist und sich nicht officieller Unterstützung erfreut, sicherlich geneigt sein, kleine Unrichtigkeiten und Auslassungen zu entschuldigen.

Sieht man die Sache in diesem Lichte an, so ist das englische in diesem Jahre zum ersten Male erschienene Werk eine ebenso erstaunliche wie rühmliche Leistung. Auf 111 Seiten bringt es zunächst eine fast vollständige Liste der Specialjournale für Laryngologie und Otologie, deren gegenwärtig ihm zu Folge nicht weniger als 26 (!) erscheinen (es fehlen dabei noch die Bresgen'schen Abhandlungen, die Haug'schen Vorträge und das Castex'sche Bulletin de Laryngologie), dann zwei Listen, von denen die erste eine alphabetisch ange-

ordnete Namensliste der sich mit den genannten Specielfächern beschäftigenden Aerzte mit Nennung der Stadt, in der sie prakticiren, darstellt, während in der zweiten sämmtliche Städte, in denen Specialärzte prakticiren, in alphabetischer Reihenfolge angeführt sind, mit den Namen der betreffenden Aerzte, ihren genaueren Adressen, und, soweit es dem Herausgeber möglich war, auch speciellen Bezeichnungen, ob sie als Specialisten für nur eines, oder für beide Fächer thätig sind, resp. ausserdem noch allgemeine Praxis treiben. Die Anlage ist eine äusserst practische.

Das erste Gefühl, wie ich gestehen muss, als ich das Werkchen durchblättert hatte, war das des Exstaunens über die colossale Anzahl der Specialisten in den beiden genannten Fächern! — Ich selbst habe ja erst ganz kürzlich in diesem Blatte die Ueberfüllung in der laryngologischen Specialität betont, aber so schlimm, das will ich offen bekennen, hatte ich mir die Sache doch selbst nicht vorgestellt! — Fast achtzehnhundert Namen zählt Mr. Lake's Werk auf, und dabei ist die Liste, wie weiterhin gezeigt werden wird, durchaus keine absolut vollständige. — Besonders merkwürdig ist die Ueberfüllung an einzelnen Orten. So soll Berlin 101 Specialisten, Breslau 23, Chicago 86, Dresden 26, Frankfurt a. Main 21, Leipzig 28, Madrid 22, München 28, New York 117 zählen, und auch an vielen kleineren Orten ist die Ueberfüllung anscheinend verhältnissmässig ebensogross. Ich nenne beispielsweise Amsterdam mit 10, Baden-Baden mit 7, Barcelona mit 8, Bonn mit 7, Bremen mit 9, Chemnitz mit 7, Heidelberg mit 9, Königsberg mit 16 Namen. —

Interessant ist es auch, die Frage der vereinten oder gesonderten Betreibung der beiden Specialitäten in den verschiedenen Ländern an der Hand des Lake-schen Adresskalenders zu verfolgen. Demselben zufolge wäre im Allgemeinen die Scheidung zwischen reinen Laryngologen und reinen Otologen in Deutschland und Oesterreich viel allgemeiner durchgeführt, als in allen andern Ländern, wo sie verhältnissmässig seltene Ausnahmen darzustellen scheint.

Allerdings kann das Werk — wie dies übrigens der Verfasser im ersten Satze seiner Vorrede selbst ausdrücklich hervorhebt — nicht auf absolute Verlässlichkeit Anspruch erheben, und zwar aus mehreren Gründen.

Zunächst dürfte es nicht leicht sein zu entscheiden, ob jedermann, dessen Name in dem Werklein genannt ist, wirklich als Specialarzt für eines der beiden Fächer, oder für beide, bezeichnet werden darf. Die literarische Bethätigung in ihnen kann selbstverständlich nur nach einer Richtung hin als Maassstab in dieser Frage gelten, denn zweifelsohne mag jemand ein ausgezeichneter praktischer Specialist sein, ohne je zur Literatur seines Faches etwas beigetragen zu haben. Immerhin aber wirkt die Anzahl der literarisch völlig unbekannten Namen in dem Lake'schen Werke sehr überraschend auf denjenigen, der sich zu erinnern vermag, wie noch vor 20 Jahren fast jeder Specialist in unserem Fache wenigstens seinen engeren Fachgenossen dem Namen nach bekannt war.

Eine zweite unbestreitbare Fehlerquelle besteht darin, dass eine ganze Anzahl verstorbener Specialisten in dem Werke als noch lebend aufgeführt sind. Ich nenne Gottstein, Kanthack (den man doch übrigens kaum als Specialarzt in unserem Fache bezeichnen konnte, so Schönes er auch wissenschaftlich für uns

geleistet hat), Georg Lewin, Michael, Michelson, Moldenhauer, Moos, O'Dwyer, Oertel. — Alle die genannten sind bekannte, zum Theil schon seit Jahren verstorbene Specialisten. Aus dieser Liste zu schliessen, wäre es nicht verwunderlich, wenn eine grössere Anzahl weniger bekannter Specialisten in dem Werke als noch lebend aufgeführt wären, die nicht mehr im Lande der Lebenden weilten.

In eine ähnliche Kategorie gehören die doppelt aufgezählten Specialisten. So sind sicher E. C. Baber (Brighton) und E. C. Baber (London), ferner O. Koerner (Frankfurt a. M.) und Prof. O. Koerner (Rostock) mit einander identisch und ich argwöhne stark, dass dasselbe mit Prof. A. F. Barth (Breslau) und A. Barth (Marburg), mit E. Fink (Hamburg) und E. Fink (Altona), mit Prof. M. Schmidt (Frankfurt a. M.) und Prof. M. Schmitz (?) ebendaselbst der Fall ist.

Weit auffallender aber, als die genannten Irrthümer und weit schwerer ins Gewicht fallend, sind die Auslassungen des Lake'schen Werkes. — Ich denke dabei in erster Stelle an das Heimathsland des Verfassers. Derjenige, der mit den Londoner laryngologischen Verhältnissen vertraut ist, wird nicht wenig erstaunt sein, wenn er findet, das unter den Namen der Londoner Laryngologen die des gegenwärtigen Präsidenten der Londoner laryngologischen Gesellschaft (Dr. F. de Havilland Hall), seines Vorgängers (M. Butlin), der Vorstände der Abtheilungen für Halskrankheiten im St. Bartholomäus-Hospital (Mr. Bowlby), im Guy's Hospital (Mr. Charters Symonds), im Middlesex (Mr. Stephen Paget), im Westminster Hospital (Mr. Spencer), und einer Anzahl anderer Londoner Aerzte, die sich theils auf den Gebieten der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten literarisch bekannt gemacht haben, theils direkt als Specialisten in diesen Gebieten prakticiren — ich nenne die Namen von Dr. Clifford Beale, Dr. Bond, Sir William Dalby, Dr. Percy Kidd, Dr. Whipham, Dr. Woakes[1]) — gänzlich fehlen! — Der blosse Umstand, dass einige dieser Herren nicht ausschliesslich als Specialisten prakticiren, kann es unmöglich sein, der das Fehlen ihrer Namen veranlasst hat, denn auf fast jeder Seite des Lake'schen Adresskalenders finden sich Namen von Collegen, die neben ihrer specialistischen Thätigkeit als Internisten, Chirurgen oder Hausärzte prakticiren. — Nach einer mir gelegentlich von dem Herausgeber gethanenen Aeusserung dürfte der wahre Grund des Nichterscheinens der Namen der genannten vielmehr der sein, dass die Betreffenden nicht in einem specialistischen Adresskalender zu figuriren wünschten! — Und dieser Grund, der Fernerstehenden recht sonderbar erscheinen könnte, wird bei näherer Kenntniss der Londoner Verhältnisse durchaus begreiflich: seit vielen Jahren sind dort periodisch Versuche gemacht worden, einen „Adresskalender der Specialisten" erscheinen zu lassen, der dem Publikum bei der Wahl specialistischer Rathgeber behülflich sein sollte! Diese Versuche sind zwar sämmtlich daran gescheitert, dass die Mehrzahl der anständigen

---

1) Die Liste der Fehlenden mag eine bedeutend grössere sein. Ich schreibe diese Besprechung während meiner Ferien im Auslande, wo mir die Möglichkeit des Nachschlagens fehlt, und citire nach dem Gedächtniss.

Specialisten jederzeit entschieden verboten hat, ihre Namen in einem derartigen Reklameunternehmen aufzuführen, machen es aber leicht verständlich, dass manche Specialisten jedem specialistischen Adresskalender Misstrauen entgegenbringen, andere das Erscheinen ihrer Namen nicht wünschen, weil sie fürchten, dasselbe könnte seitens der medicinischen Corporationen und der praktischen Aerzte missdeutet werden. — Ich bin jedoch überzeugt, dass auch diese Collegen, wenn sie aus dem vorliegenden ersten Jahrgang des Lake'schen Kalenders gesehen haben werden, wess' Geistes Kind dies Unternehmen ist, ihre Bedenken schwinden lassen werden, und hoffe, dass der Herausgeber sich die Mühe nicht verdriessen lassen wird, bei all' diesen Herren unter Vorlegung des ersten Jahrgangs noch einmal um die Genehmigung zur Aufnahme ihrer Namen in den zweiten Jahrgang nachzusuchen. Diese Namen dürfen nicht in einem internationalen Adresskalender der Laryngologen und Otologen fehlen!

Von sonstigen Namen, die ich beim Durchblättern des Büchleins vermisst habe, nenne ich nur unseren Altmeister Gerhardt und Landgraf (Berlin), Cohen Tervaert (Amsterdam), Pugin Thornton (Canterbury), Hunter Mackenzie (Edinburgh), Riegel (Giessen). Gewiss aber wird gerade hier noch viel nachzutragen sein.

Die zahlreichsten und wunderlichsten Ungenauigkeiten des englischen Werkes finden sich in den näheren Bezeichnungen der einzelnen Specialisten. In der Einleitung sagt Mr. Lake, dass das Fehlen jeden Buchstabens vor dem Namen des betreffenden Specialisten meine, dass er als Laryngologe, Rhinologe und Otologe prakticiren, während L = Laryngologe, O = Otologe, R = Rhinologe und S = Surgeon (Chirurg) bedeute. — Nun gebe ich gern zu, dass es vielfach grosse Schwierigkeiten machen dürfte, die Grenzen der Thätigkeit mancher Specialisten correct zu charakterisiren. Die unrichtigen Angaben aber, welche sich in dem Lake'schen Werke hinsichtlich dieses Punktes finden, sind doch gar zu schlimm! — Ich wähle die einzige Stadt „Berlin“ als Beispiel. — Es dürfte die Collegen Flatau, Fritsche, Grabower, Holz, Katzenstein, Kuttner, Reichert, Rosenberg nicht wenig in Erstaunen versetzen, dass sie in einem internationalen Adresskalender für Laryngologen, Rhinologen, und Otologen weder als Laryngologen, noch auch als Specialisten für beide Fächer, sondern ausschliesslich als Ohrenärzte figuriren, während als reiner Laryngologe in Berlin nur Prof. H. Krause genannt ist, und B. Fränkel, A. Hartmann, P. Heymann, Lucae sowohl Laryngologie wie auch Otologie betreiben sollen! — Aehnliche Ungenauigkeiten, resp. Unrichtigkeiten finden sich fast auf jeder Seite und ganz sicher bedarf kein Punkt des Lake'schen Werkes so sehr der bessernden Hand, als dieser.

Endlich wäre noch der ziemlich zahlreichen Irrthümer in der Schreibweise der Eigennamen zu gedenken: Averbach (statt Auerbach), Bottemund, (statt Rottermund), Broekhaert (statt Broekkaert), Desverinne (statt Desvernine), Eugenfrankel (statt Eugen Fraenkel), Gougenheim (statt Gouguenheim), Jongniere (statt Jonquière), Juraz (statt Jurasz), Knap (statt Knapp), Pimaczek (statt Pieniaczek), Przedbobski (statt Przedborski), Schaefer (statt Schäffer), Schwalbach (statt Schwa-

bach), Strübling (statt Strübing), Suchanaeck (statt Suchanneck), Thilonius (Thilenius), Trsai (statt Irsai), Trukenbügge (statt Truckenbrügge), Tsaykoglous (Tsakyroglous), Winkeler (statt Winkler), Zarnieko (statt Zarniko) — sind mir beim Durchblättern aufgefallen, ohne dass ich behaupten wollte, dass die Liste damit erschöpft sei. — Auch mit den Titeln im alphabetischen Verzeichniss wird es eben nicht genau genommen. O. Chiari (Wien), Friedrich (nicht länger in Leipzig, sondern in Kiel), P. Heymann (Berlin), Jurasz (Heidelberg), Schech (München), Seifert (Würzburg), Semon (London), Siebenmann (Basel), Störck (Wien), Strübing (Greifswald), Tobold (Berlin), Uchermann (Christiania), von Bruns (Tübingen) Zuckerkandl (Wien), Zwaardemaker (Utrecht) sind Professoren, Grünwald (München) ist es meines Wissens nicht. — Endlich finden sich mehrfache Irrthümer in den Städtenamen (Charlottenberg, Altona-an-Elbe, Langerbrücken, St. Johann-an-Saar, Coblentz, Halle-an-Saale etc.) und Strassenbezeichnungen (Newstädter Kirchstrasse, Chaufferstrasse, Rachenowerstrasse).

Trotz aller dieser Ausstellungen, die ich nur in dem von dem Herausgeber in seiner Vorrede selbst gewünschten Bestreben gemacht habe, zur erhöhten Brauchbarkeit folgender Auflagen beizutragen, stehe ich nicht an, ihn zu dem schon Erreichten zu beglückwünschen. Nur derjenige, der selbst Aehnliches versucht hat, kann die Schwierigkeiten, die sich einem solchen Unternehmen entgegenstellen, in ihrem vollen Umfange würdigen, und dass der Verfasser in einer ersten Auflage überhaupt das erreicht hat, was er uns vorlegt, ist ebenso anerkennens- als im öffentlichen Interesse dankenswerth. Die meisten der erhobenen Ausstellungen sind ja auch leicht genug zu berichtigen, und gewiss wird jede folgende Auflage die praktische Brauchbarkeit des Ganzen erhöhen. Nur mit Bezug auf die genauere Bezeichnung der Specialisten: ob Hals-, ob Ohrenarzt oder ob Beides — möchte ich mir erlauben, ihm — gerade im Interesse der praktischen Brauchbarkeit des ganzen zu rathen, recht vorsichtig zu sein! — Man nehme z. B. einmal an, dass ein Patient, der in ein fremdes Land verzogen ist, bei seinem früheren ärztlichen Rathgeber anfrägt, an wen er sich in einer gewissen Stadt wegen eines Ohrenleidens wenden solle. Der Gefragte schlägt den internationalen Adresskalender der Kehlkopfärzte und Otologen nach, stösst in der Liste der betreffenden Stadt auf einen bekannten Namen, der mit dem bezeichnenden O versehen ist, und weist seinen Patienten an, den betreffenden Collegen zu consultiren. Der Patient folgt dem gegebenen Rathschlage, wird aber, nachdem er erklärt hat, um was es sich handle, von dem consultirten Arzt bedeutet, dass er garnicht Specialist für Ohrenleiden sei! — Resultat: unerfreuliche Situation für Alle! Der Patient stottert Entschuldigungen, zieht sich verlegen zurück und schreibt entrüstet an seinen früheren Arzt, wie er ihm jemanden empfehlen könne, der gar kein Specialist für Ohrenkranke sei. Der Rathgeber, der es gut gemeint hat, ärgert sich, und nimmt sich vor, nie wieder den Angaben eines Buches zu trauen, das sich als so unzuverlässig erwiesen hat. — Das Phantasiegebilde könnte sich leicht und öfters in Wirklichkeit umsetzen! — Mir würde es daher praktisch erscheinen, sich womöglich mit allen im Buch genannten Specialisten, über deren Thätigkeit der Herausgeber nicht ganz

Sicheres weiss, wegen dieser Frage in Verbindung zu setzen (vergl. darüber weiterhin), oder, wenn dies nicht angängig sein sollte, die zweifelhaften Namen etwa mit einem U (= unbekannt, unknown) zu bezeichnen.

Ist einmal der Plan, den sich Mr. Lake bei der ersten Anlage seines Werkes gemacht hat, in möglichst vollendeter Form in Erfüllung gegangen, so hoffe ich, dass er nicht auf seinen Lorbeeren ruhen, sondern sich durch weitere Ausdehnung seines Plans bemühen wird, seinem Werke noch grössere praktische Brauchbarkeit zu verschaffen.

Da aber die Vorschläge, die ich ihm zu diesem Zwecke unterbreiten möchte, sich mit denen decken, welche ich dem Herausgeber des deutschen Werkes zu machen habe, dürfte es angemessen sein, zunächst auf die entsprechenden Abschnitte des letzteren einzugehen.

In seiner Vorrede zum diesjährigen Jahrgang sagt Dr. Jankau, dass er meiner im Centralblatt vom Januar 1898 gegebenen Anregung folgend, gesucht habe, das Verzeichniss der Docenten und Kliniken des In- und Auslandes zu vervollständigen, und dass Amerika und England neu hinzugekommen seien. Letzteres ist wohl nicht buchstäblich zu nehmen, da von allen Städten Grossbritanniens nur London, und auch diese Stadt nur recht unvollständig berücksichtigt ist, wie der Verfasser aus einem Vergleich mit der ebenfalls nichts weniger als vollständigen Lake'schen Liste entnehmen wird. Ausserdem ist die Liste mehrfach ungenau (so ist z. B. nicht mehr Mr. Butlin, sondern der überhaupt nicht genannte Mr. Bowlby Vorstand der Abtheilung für Halskrankheiten am St. Bartholomew's Hospital und Dr. de Havilland Hall, der als Dr. H. Hall aufgeführt ist und an „keinem" Hospital angestellt sein soll, ist vielmehr dirigirender Arzt am Westminster Hospital) und dann sind viele Eigennamen falsch geschrieben, einige bis zur Unkenntlichkeit entstellt. Es heisst nicht L. Brown, sondern L. Browne; nicht Cheatte, sondern Cheatle; nicht Cumberbalch, sondern Cumberbatch, nicht Lacke, sondern Lake; nicht Roughtow, sondern Boughton; nicht Sauti, sondern de Santi; nicht Spices, sondern Spicer; nicht Slotter, sondern Stoker; nicht Tuley, sondern Tilley. — Ferner ist der Buchstabe J. in den abgekürzten Titeln, die den Namen vieler englischer Collegen folgen, falsch. Er sollte ein F = Fellow sein. — Endlich möchte ich den Herrn Herausgeber bitten, in weiteren Jahrgängen mein Personale auf das Maass desjenigen meiner anderen Londoner Collegen zu reduciren. Die aus dem „Medical Directory" stammenden, gedruckten Details, die ich ihm eingesandt, sollten selbstverständlich nur zur Entnahme der für seine Zwecke wünschenswerthen Daten dienen.

Im Anschluss an den eben erwähnten Punkt möchte ich überhaupt grössere Einheitlichkeit in der Durchführung dieser Abschnitte empfehlen!

Auch innerhalb der Deutschland betreffenden Angaben finden sich auffallende Verschiedenheiten. Während bei den meisten Universitätsinstituten nur die Namen der Vorstände und Assistenten gegeben sind, finden sich bei einzelnen biographische Notizen verschiedenster Natur: Geburts- und Habilitationsjahr, Datum der Professur, frühere Anstellungen, Publicationen, Datum der Anstellung

der Assistenten, Daten der von letzteren gelesenen Curse. Das Ganze macht jedenfalls keinen methodischen Eindruck.

Ferner, sind, wie die Dinge jetzt vorliegen, Deutschland, Oesterreich-Ungarn, Russland, die Schweiz und Amerika einander ähnlich angeordnet, England nach einem verschiedenen Plane, während in Frankreich und anderen Ländern überhaupt nur Namen einzelner Specialisten genannt sind. Dabei auch hier überall merkwürdige Auslassungen! — So fehlen auch in dem Jankau'schen Werke Gerhardt und Riegel, ferner Lefferts, Bosworth, Curtis, Beverley Robinson, Freudenthal, Gleitsman (New York), French (Brooklyn), Martin, Cartaz, Castex, Baratoux, Cadier, Gellé, Lubet-Barbon, Natier, Saint-Hilaire (Paris) — genug, eine grosse Reihe sehr bekannter Specialisten! — Bei einem Vergleich seines eigenen mit dem Lake'schen Werke wird der Herausgeber sehen, wie unvollständig seine Liste ist.

Hiernach sind ebenso, wie die betreffenden Abschnitte des Lake'schen, auch die des Jankau'schen Kalenders der Verbesserung ebenso fähig wie bedürftig.

Ueberlegt man sich nun, dass beide einander verwandte Ziele anstreben, dass naturgemäss jeder der beiden Herausgeber besser mit den Verhältnissen seines Heimathlandes, als mit denen fremder Länder vertraut ist, so kommt dem wohlmeinenden Leser unwillkürlich der Gedanke: warum vereinigen sich nicht beide, um etwas Vollendeteres zu schaffen? Oder gleich noch weiter ausschauend: warum thun sich nicht zunächst die beiden Herren zusammen, cooptiren einen französischen und einen amerikanischen Mitredacteur sowie regelmässige Mitarbeiter in allen Ländern, in welchen beide Specialitäten floriren, und lassen dann einen wirklich internationalen Adresskalender der Laryngologen, Rhinologen und Otologen alljährlich in deutscher, französischer und englischer Sprache erscheinen?

Das wäre ein äusserst verdienstvolles und, wie ich glaube, auch pecuniär aussichtsreiches Unternehmen, das jetzt, wo das Eis einmal gebrochen ist, und die Adressen jedenfalls der grossen Majorität der Specialisten bekannt ist, technisch nicht einmal übergrosse Schwierigkeiten bieten dürfte.

Sollte mein Vorschlag Anklang finden, so würde ich den Herren weiterhin vorschlagen, dass sie sich über die biographischen und sonstigen Punkte verständigen, über welche sie Notizen zu bringen wünschen, und dann alljährlich jedem ihnen bekannten Specialisten einen gedruckten Fragebogen mit den einschlägigen Fragen senden, die der Adressat ausgefüllt zurückzusenden hat. Das thut das bereits erwähnte englische Medical Directory seit vielen Jahren mit dem glänzendsten Erfolge, was Vollständigkeit, Genauigkeit und Gleichförmigkeit der gegebenen Daten betrifft.

Allmälig sollte dann das gemeinsame Unternehmen zu einem wirklichen internationalen Vademecum für den Specialisten ausgebaut werden!

Zunächst wäre der jetzt schon von beiden Werken gegebenen Liste der Specialjournale eine ebensolche der Specialgesellschaften mit Angabe der

Sitzungslocale, der Daten der Sitzungen, und der Präsidenten, Schriftführer und Bibliothekare hinzuzufügen.

Dann weiss der Specialist, der sich in fremder Stadt aufhält und einer Sitzung der ihn interessirenden Gesellschaft zu besuchen wünscht, an wen er sich zu wenden hat; der Autor, der der Bibliothek jeder Specialgesellschaft ein Exemplar einer von ihm verfassten Arbeit zu verehren wünscht, an welche Adresse er seine Sendung zu richten hat.

Von dem gleichen Standpunkt praktischer Brauchbarkeit möchte ich auch dringend meinen schon früher ausgesprochenen Wunsch wiederholen, dass den Bezeichnungen der Universitätsinstitute und Specialhospitäler die genaue Adresse derselben, sowie die Stunden der Klinik, resp. der Vorträge und Operationen beigefügt werden möchten! — Bei den Weltstädten (London, Paris, Berlin, Wien, New York), in welchen viele Universitäts- und Privatkliniken nebeneinander bestehen, würde es sich ungemein empfehlen, der Liste derselben (die ja alle möglichen Details bringen könnte) eine tabellarische Uebersicht anzufügen, die es dem zu kurzem Aufenthalt anwesenden fremden Specialisten ermöglicht, auf einen Blick zu sehen, wie er jeden Tag und jede Stunde nutzbringend verwerthen und dabei möglichst Vieles sehen kann! Wer, wie ich, immer und immer wieder Gelegenheit hat, zu beobachten, wie hülflos mangels eines solchen „Special-Bädeker's" der Landessprache wenig mächtige fremde Collegen in Weltstädten anfangs dastehen, wird mit mir darin übereinstimmen, dass derjenige oder diejenigen, die mein Pium desiderium erfüllen, sich dadurch ein wirkliches Verdienst um seine Specialität erwerben würden!

Endlich sollte ein solcher internationaler Adresskalender durch Hinzufügung allgemein wichtiger und interessanter Notizen zu einem unentbehrlichen Nachschlagebuch für alle Specialisten gemacht werden. In dieser Beziehung ist bereits in den betreffenden Abschnitten des Jankau'schen Buches ein trefflicher Grundstock gegeben, der mit Vortheil zum Ausgangspunkt eines internationalen Vademecum wird gemacht werden können. Die Details darüber, was aufzunehmen, was auszuschliessen, was zu modificiren sei, müssten natürlich von der von mir im Geiste gesehenen internationalen Redactionscommission bestimmt werden. Abschnitte, die nicht wirklich von ganz specialistischem Interesse sind und die man leicht anderswo finden kann, ebenso wie alle individuellen, subjectiven, casuistischen Paragraphen würde ich principiell ausschliessen; solche von rein specialistischem Interesse ausführlich genug geben, dass sie trotz aller Kürze praktisch brauchbar sind.

In diesen beiden Worten: „praktisch brauchbar" liegt der Schlüssel zur Ausführlichkeit dieser Besprechung. Ich würde ein Unternehmen, wie das skizzirte, zu welchem die beiden besprochenen Werke ein so gutes Fundament gelegt haben, für ein äusserst wichtiges Bindeglied der Specialisten in allen Ländern halten und würde es mit meinen wärmsten Wünschen begleiten.

Felix Semon.

---

c) Belgische oto-laryngologische Gesellschaft in Brüssel.

Sitzung vom 19. Juni 1898.

Vorsitzender: Ch. Delstanche.

Anwesend sind 23 Mitglieder und 6 Gäste.

In der Vormittagssitzung werden nach der Begrüssung der Gäste durch den Präsidenten und der Erledigung der Bureauangelegenheiten durch den Secretär Buys und Schatzmeister Cheval, Kranke vorgeführt, anatomische und histologische Präparate demonstrirt und Instrumente vorgezeigt.

Bayer stellt eine Kranke vor, welche er auf intralaryngealem Wege von einer beinahe vollständigen Stenose des Larynx durch tuberculöse Wucherungen operativ befreit und zur Heilung gebracht hatte; ferner ein junges 16jähriges Mädchen mit einem angeborenen membranösen Diaphragma des Nasenrachenraums, das eine circuläre Membran darstellt, welche sich von dem unteren Rand der Ohrtrompeten nach oben gegen das Rachengewölbe hinzieht, um sich an Stelle der Nasenrachentonsille zu inseriren, in der Mitte durch eine weite Oeffnung mit der Nasenhöhle communicirend.

Delsaux stellt eine Kranke vor mit ausgeheilten tuberculösen Geschwüren der Epiglottis, des Stimmbandes und der pharyngoepiglottischen Falte rechterseits; Milchsäurebehandlung nach Heryng; ungefähr die Hälfte der Epiglottis ist verschwunden und auf dem rechten Stimmband die Narbenbildung kaum mehr zu erkennen; ferner einen Fall von Fremdkörper des Kehlkopfs — Knochensplitter, triangulär, 26 mm lang, 22 mm breit und $1\frac{1}{2}$ mm dick —, welcher 6 Monate lang im subglottischen Raume verweilt hatte; Extraction vermittelst der Schmidt-schen Zange.

Higuet stellt ein $5\frac{1}{2}$jähriges Kind vor, welchem er einen voluminösen, fibromucösen, in den Nasenrachenraum hinabhängenden Polypen der rechten Nasenhöhle entfernt hatte durch einen kräftigen Zug auf den Stiel des Polypen vermittelst des in den Nasenrachenraum eingeführten Fingers; ferner eine Frau mit Pharynxtuberculose: oberflächlich und langsam sich entwickelnde Geschwüre, einen wirklichen Lupus des Pharynx darstellend; schliesslich erwähnt er noch eines Falles von Epitheliom der Nasenscheidewand bei einem 9jährigen Kinde auf lupösem Boden.

Buys und Labarre zeigen das Präparat und histologische Schnitte eines Falles von cystischer Degenerescenz der Mandeln vor, eigentlich histologisch ein „gutartiges Epitheliom der Mandel mit cystischer Degenerescenz" darstellend.

Delstanche sen. theilt ein neues Verfahren zur Behandlung von Nasenstenosen mit nach dem Vorgang von Bendelak Hewetson. Es besteht in der forcirten Dilatation von in Folge übermässiger Annäherung der Nasenwände verengten Nasengängen, sei es congenitalen Ursprungs, sei es in Folge von adenoiden Vegetationen. D. bedient sich dazu einer Zange, wie sie zur Geraderichtung des

Septum dient. Er hat bis jetzt 65 Fälle nach dieser Methode operirt und will damit die besten Resultate erzielt haben.

Janquet erwähnt ein von Lenoir geübtes Verfahren zur forcirten doppelseitigen Dilatation beiderseitiger Stenosen mittelst einer Art Forceps, dessen Branchen gesondert je in die eine und andere Nasenhöhle eingeführt und dann geschlossen werden. Das Verfahren hat den Vortheil, dass es die Nasenscheidewand schont und zwei Operationen auf eine reducirt.

In der Nachmittagssitzung kommt die chirurgische Behandlung der Siebbeinzellenempyeme zur Besprechung. Referenten sind Goris und Janquet.

Goris bespricht zuvörderst die anatomischen Verhältnisse der Siebbeinzellen und geht dann zur Diagnose des Empyems derselben über. Er erwähnt nebenbei einen von ihm operirten Fall, bei welchem die Ethmoiditis auf die Bulla ethmoid. beschränkt war. Nach einer kurzen Berücksichtigung der Aetiologie kommt er eingehend auf die Behandlung zu sprechen; dieselbe kann stattfinden von den natürlichen Oeffnungen der Nase aus, und ist indicirt in den leichten Fällen. Bei Recidiven oder wenn das ganze Siebbein ergriffen ist, muss nach den Regeln der allgemeinen Chirurgie vorgegangen werden. Um dem Siebbein beizukommen, stehen zwei Wege offen, erstens der von der Augenhöhle her und zweitens der von der Nase her; letztere besteht in Incision der Wangennasenfurche, Section der aufsteigenden Apophyse des Oberkiefers und vollständiger Luxation der betreffenden Nasenhälfte, Resection der mittleren Muschel, Eröffnung und Reclage der ergriffenen Zellen.

G. führt noch eine neue ihm von Prof. Bardenheuer aus Köln mitgetheilte Methode an, welche derselbe aus cosmetischen Rücksichten bei zwei Damen ausgeführt hatte, die beide an Empyem der Sin. maxillares, frontales und ethmoidales beider Nasenhöhlen litten. B. operirte in einer Sitzung die verschiedenen Empyeme, indem er subcutan von der einen bis zur anderen Oberkieferprotuberanz alle Weichtheile vom Knochen lostrennte, ebenso die Nasenknorpel, dann die ganze Gesichtsmaske nach der Stirn hinaufschlug, die Nasenbeine luxirte, die Stirnhöhlen trepanirte, die Siebbeinzellen ausräumte und schliesslich die Sin. maxill. eröffnete, indem er die äussere Wand der Nasenhöhlen einbrach. Nachdem nun alle Höhlen gereinigt, brachte er die Gesichtsmaske mit ihren Weichtheilen wieder in ihre normale Lage zurück, so dass keine Spur einer Operation mehr zu sehen war. Beide Patientinnen sind vortrefflich geheilt.

B. ist der Ansicht, man thue besser daran, die Operation wegen des grossen Blutverlustes in zwei Sitzungen auszuführen.

Janquet spricht besonders der intranasalen Behandlung das Wort, wo es nur irgendwie angeht und detaillirt die Operationsweisen; kommt man damit nicht zum Ziel, so muss man von aussen her, von der Orbita oder dem Gesichte aus den Siebbeinzellen beikommen. J. giebt der Chipault'schen Methode den Vorzug (Schnitt längs des unteren Augenbrauenrandes bis gegen die Mittellinie, sodann die Nasofrontalfalte verfolgend bis zur Nasenwurzel); damit könne man allenfalls die Stirn-, Siebbein- und Keilbeinhöhlen eröffnen. — Ein anderes Vorgehen, das

von Rouge aus Lausanne, besteht in der Lostrennung der Gesichtsdecken; an den von der Oberlippe und den oberen Zahnfleischtheilen gebildeten Blindsäcken einschneidend, schlägt man die Weichtheile nach oben zurück, wodurch man sich vor den weit geöffneten Nasenhöhlen befinde und direct den Nasennebenhöhlen beikommen und sie in einer Sitzung operiren könne. — Die Operation auf künstlichem Wege von aussen her ist besonders indicirt, wenn die Siebbeineiterungen complicirt sind mit Eiterungen der anderen Nebenhöhlen; aber trotz aller glänzender Erfolge mit den chirurgischen Eingriffen müsse man mit den Versprechungen auf definitive Heilung vorsichtig sein.

An der Discussion nehmen ausser Goris, welcher Janquet bis auf einen Punkt beistimmt, nämlich den der absoluten Unschädlichkeit intranasaler Operationen, was übrigens letzterer nachträglich zugiebt, noch Buys und Rousseaux theil. Buys führt noch das Verfahren von Jansen in Berlin an, welches Rousseaux verwirft, weil es die Eröffnung gesunder Sinus erheische, und diese dadurch nothwendiger Weise einer nachträglichen Infection ausgesetzt würden.

Darauf theilt Delie Bemerkungen mit über adenoide Vegetationen bei Erwachsenen. Er führt 2 Fälle an von Transformation resp. pathologischer Degenerescenz des adenoiden Gewebes; bei dem einen Fall handelte es sich um eine sarcomatöse Degenerescenz und bei dem andern um eine Transformation in Lymphadenom. Er legt Werth auf 3 Punkte: 1. auf genaue Untersuchung des Nasenrachenraums Erwachsener mit adenoidem Habitus; 2. aussergewöhnlich entwickelte Vegetationen bei Erwachsenen verdienen ein „heilsames“ Misstrauen und müssen 3. ohne Verzug und von Grund aus exstirpirt, besonders aus allen Winkeln verdächtige Gewebselemente gründlich entfernt werden.

In der Discussion erwähnen Delstanche, Rousseaux und Janquet einschlägige Fälle aus ihrer Praxis.

Delsaux giebt die Mittheilung einer Beobachtung von acutem Abscess des Kehlkopfeingangs in der Gegend des rechten Aryknorpels bei einem 65jährigen Manne, welcher sich innerhalb 4 Tage entwickelt hatte; er eröffnete den Abscess unter Cocain und Holocain; Heilung. Darauf bringt er im Namen

Delstanche's die Geschichte und schliessliche Entfernung eines „Pseudorhinolithen“ vor: der betreffende Fall war schon im Jahre 1888 auf dem internationalen otologischen Congress in Brüssel als „Rhinolith“ vorgestellt worden: erst nach 9 Jahren wurde die Operation gestattet, wobei sich herausstellte, dass man es mit einem gestielt aufsitzenden Osteom zu thun hatte.

Posthumus Meyjes (Amsterdam) führt einen Fall von Pneumatocele des Sinus frontalis mit vorübergehender Verlegung der Nasencommunication und verstärkten Druck auf das Sinusinnere an, wodurch eine Atrophie der vorderen Wand herbeigeführt worden war. Operation. Heilung.

Zum Schlusse theilt Labarre noch einen Fall von fibromucösen Polypen der Nasenhöhle eines $5^1/_2$jährigen Kindes mit, der nach einem Monat

Verweilens in Alkohol noch über 40,0 g wog. Operation in Narkose vermittelst des in den Nasenrachenraum eingeführten Fingers ohne Schwierigkeit; das Kind wurde in der Vormittagssitzung von Higuet vorgestellt.

Für das beginnende Jahr sind Boland (Verviers) zum Präsidenten, Hennebert (Brüssel) zum Secretär und Delsaux (Brüssel) zum Schatzmeister gewählt.

Bayer.

---

d) Sitzungs-Berichte der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte.

V. Sitzung vom 6. October 1898.

Vorsitzender: v. Navratil. Secretär: Polyák.

1. v. Navratil: Kehlkopfcarcinom.

v. N. stellt einen heute ins Spital aufgenommenen, seit 10 Jahren an Heiserkeit leidenden Kranken vor; 6 Jahre lang wird er erfolglos behandelt. Gesicht und Lippen sind cyanotisch, die Athmung laut und pfeifend, Larynxschleimhaut stark geröthet. An der Stelle des rechten wahren und des falschen Stimmbandes sitzt ein ungefähr wallnussgrosser Tumor, dessen Oberfläche uneben, blumenkohlartig exulcerirt und von der Umgebung abgegrenzt ist. Sein vorderer Rand erreicht die Mittellinie, der hintere reicht bis zur Arytenoidalgegend. Hals- und Submaxillardrüsen nicht vergrössert.

v. Navratil wird schon morgen an dem Kranken, welcher an chronischem Bronchialkatarrh leidet, die Tracheotomia ima machen und dann nach erfolgter Heilung der Trachealwunde und insbesondere Besserung des Bronchialkatarrhs die Neubildung mittelst partieller Kehlkopfresection entfernen. Vorerst wird er, wie in allen bisherigen von ihm operirten Fällen, auch in diesem Falle endolaryngeal ein Partikelchen der Geschwulst entfernen, um die Diagnose histologisch erhärten zu können.

2. v. Linárt: Geheilter und recidivirter Fall von Chorditis vocalis inferior hypertrophica.

v. Linárt stellt einen Fall von Larynxstenose aus der v. Navratil'schen Klinik vor, die durch Laryngitis hypoglottica bedingt ist. Die Tracheotomie musste wegen Erstickungsgefahr schleunigst vorgenommen werden. Die Stenose wurde durch systematische Dilatation mit O'Dwyer'schen Tuben allmälig behoben, jener Wulst, der sich unter der vorderen Commissur befand und trotz der Behandlung unverändert in das Larynxlumen hineinragte, wurde nach Spaltung der vorn zusammengewachsenen Stimmbänder mit dem Flachbrenner abgetragen. Nach sechmonatlicher Behandlung konnte die Trachealcanüle enfernt und der Kranke geheilt entlassen werden.

Nach zwei Monaten stellt sich der Pat. mit Recidiv vor; die Wülste unter den Stimmbändern ragen wieder in das Larynxlumen hinein und verengern die Glottisspalte in solchem Grade, dass die Tracheotomie abermals vorgenommen werden muss.

3. Zwillinger: Primäres Carcinom des weichen Gaumens.

Pat. 53 Jahre alter Kesselheizer, stellt sich mit der Klage vor, seit vier Tagen an Schlingbeschwerden zu leiden. Lues negirt er, giebt aber an, am Penis eine Wunde gehabt zu haben.

Der schlecht genährte, kachektisch aussehende Mann ist nicht mehr im Stande, seinen Mund vollständig zu öffnen. Die rechte Hälfte des weichen Gaumens bildet eine formlose, verdickte, ulcerirte Masse, die obere Grenze der von unebenen, buchtigen, gewulsteten Rändern umgebene Geschwürfläche befindet sich am Uebergange des weichen in den harten Gaumen, hier ist der Rand blassgelblich, hart, etwas ödematös durchscheinend, nach links bildet die ödematöse Uvula und das stark verdrängte Gaumensegel die Grenze. Nach unten ist nach Niederdrücken des Zungengrundes der Tumor theils dem letzteren aufliegend, theils frei hinunterhängend sichtbar.

Am rechten Rande des Zungengrundes befindet sich ein fingerspitzgrosser Tumor. Der Arcus palatoglossus fehlt, ebenso die rechte Tonsille, die Stelle derselben ist von grauweisslichem, nekrotischem Gewebe bedeckt. Nach oben und rechts geht der Tumor, die intramaxillare Falte infiltrirend, in den oberen zahnlosen Processus alveolaris über. Auf dem unebenen, vertieften Geschwürsgrunde wechseln mit grau-weisslichem Belag bedeckte Stellen mit lebhaft röthlich-grauen Partien ab. Mittelst Sonde ist die hintere Fläche des Tumors sowie der Nasenrachenraum abzutasten. Von Bewegung keine Spur. Der Kehlkopf frei, Respiration und Stimme normal. Die Unterkieferdrüsen rechts geschwellt, hart.

Was die Behandlung dieses Falles betrifft, so kann bei der Ausbreitung des Tumors an eine buccale Operation nicht gedacht werden. Es muss die Pharyngotomie und so die Entfernung alles Krankhaften versucht werden. Beherzigenswerth ist der Vorschlag von Mikulicz, der in diesen Fällen, um die Mundsperre zu vermeiden, den aufsteigenden Ast des Unterkiefers resecirt. Ob der Operation eine Tracheotomie vorauszugehen habe, wird von den Erfahrungen des Operateurs abhängen.

Baumgarten: Ich habe den Fall zwar mittelst Sonde nicht untersucht, habe aber dennoch den Eindruck gewonnen, dass der Tumor auf die Wirbel übergreift und aus diesem Grunde halte ich die Operation für contraindicirt.

Zwillinger: Die Sondenuntersuchung habe ich vorgenommen, bin aber nirgends auf Knochen gerathen, der untere Rand des Geschwüres entspricht dem freien Rande des weichen Gaumens, er greift nicht auf die hintere Pharynxwand über.

4. Morelli: Multiples Angiom der Zunge.

Vorstellender fand in der Literatur einen einzigen ähnlichen Fall, der im

Jahre 1894 von Schwimmer demonstrirt wurde. Nach Mikulicz und Kümmel soll Jullian im Jahre 1886 ähnliche Fälle beschrieben haben.

Pat. litt seit ihrem 10. Lebensjahre an häufigen Nasenblutungen, vor 24 Jahren bemerkte sie, dass ihre Zunge blutete. Vor 14 Jahren suchte Pat. Vorstellenden das erste Mal wegen Blutungen der Zunge auf, die auf Bepinselungen mit 30proc. Tanninglycerin sistirten. Die Blutungen wiederholten sich vor 5 Jahren abermals; in der Mittellinie und an der Spitze der Zunge sah man circa 24 stecknadelkopf- bis linsengrosse, bräunliche, hie und da röthliche, glatte Knötchen, die die zeitweise auftretenden Blutungen verursachten. Die Mutter der Pat. soll angeblich an ähnlichem Zungenleiden gelitten haben.

Die Knötchen nehmen nach Beobachtung des Vorstellenden an Zahl und Grösse zu, in der letzten Zeit treten ähnliche Veränderungen im Gesicht, an Ohrmuschel, Brust und auf den Fingern auf.

Vorstellender hält es für indicirt, die kleinen Neubildungen der Zunge auf galvanokaustischem Wege zu zerstören.

5. Baumgarten: Primäres Kehlkopf-Sklerom.

Das jetzt 20jährige Mädchen wurde vor 3 Jahren heiser, ihr Athmen wurde immer schwerer, die Stimme kehrte nie mehr zurück. Sie wurde vor 2 Jahren längere Zeit an Halskliniken behandelt, jedoch ohne Erfolg, worauf sie einige Zeit ohne Behandlung blieb. Seit einem Jahre ist sie tonlos, das Athmen erschwerter und lärmend. Seit einigen Wochen bekommt sie täglich 2 bis 3 stärkere Erstickungsanfälle, wobei sie ganz blau wird; Schmerzen hat sie nicht, in der Familie keine ähnliche Erkrankung, auch in ihrem Heimathsdorfe nicht.

Patientin, die sich in der Poliklinik auf der Abtheilung des Vortragenden meldete, zeigte damals folgenden Status: Innere Organe normal, Sputum ohne Bacillen. Die Schleimhäute des mageren Mädchens anämisch, Rachen und Kehldeckel normal. Die aryepiglottischen Falten infiltrirt, verdickt, bewegen sich schlechter. Die Schleimhaut überall anämisch, im Innern des Kehlkopfes mit weissen, kleinen, eingetrockneten Bläschen bedeckt. Die falschen Stimmbänder hypertrophisch, verdickt, ebenso die Interarytänoidalfalte, die wahren Stimmbänder grösstentheils verdeckt. Die Schleimhaut unterhalb der Stimmbänder und diejenige der hinteren Wand wulstig vorgetrieben, verdickt, wodurch der untere Antheil des Kehlkopfes und der Trachea wesentlich verengert erscheint. Die Verengerung ist eine trichterförmige und dreieckige.

Bei zufälliger Untersuchung der Nase war links eine vom knorpeligen Septum ausgehende, halbmandelgrosse Geschwulst sichtbar, die bei Berührung leicht blutete, in ihrem unteren Antheile knorpelhart, in ihrem oberen Antheile um vieles weicher ist. Patientin hatte vom Vorhandensein dieser Geschwulst keine Ahnung, doch erinnert sie sich, letztere Zeit einige Male Nasenbluten gehabt zu haben. Die vom Secrete der Nase und Kehle gemachten Strich- und Stichculturen sind sogleich gelungen und die gefärbten Culturen sind im Mikroskope schön zu sehen, so dass die Diagnose ausser Zweifel gestellt ist.

Patientin wurde angewiesen, bei Wiederholung der Erstickungsanfälle sofort

in das Spital zu eilen, um die Tracheotomie vornehmen zu lassen. Es gelang gleich das erste Mal, eine Schroetter'sche Hartgummiröhre No. 5 auf einige Minuten einzuführen, den zweiten Tag schon auf 10 Minuten, so dass die Patientin schon die zweite Nacht ohne Erstickungsanfälle verbrachte. Patientin ist seit 10 Tagen in Behandlung, das Rohr No. 5 kann schon leichter eingeführt werden und verträgt sie dasselbe über eine Viertelstunde. Die Stimme ist noch sehr heiser, das Athmen beinahe lautlos. Die Schwellung der falschen Stimmbänder bedeutend verringert, die wahren Stimmbänder schon ganz sichtbar, die subglottischen Wülste wesentlich kleiner.

Vortragender hat schon einige primäre Kehlkopfsklerome gesehen und demonstrirt, doch waren in den anderen Fällen mehr oder weniger Knötchen zu sehen, wie dies in der Nase der Fall ist. Hier hingegen ist das Sklerom diffus und auf die ganze Schleimlaut des Kehlkopfes gleichmässig verbreitet.

Der Knoten in der Nase ist gewiss bloss jüngeren Datums, es ist das erste Mal, dass Vortragender eine weichere Stelle eines solchen Knotens sah und da der Befund ein zufälliger war, glaubt er, dass das Rhinosklerom im Beginne nicht gleich knorpelhart sein müsse.

VI. Sitzung vom 13. October 1898.

Vorsitzender: von Navratil; Secretär: Polyák.

1. Polyak: Beiderseitiges Stirn-, Keilbein- und Siebbeinzellen-Empyem.

Die 38 J. alte Patientin leidet seit 8 Jahren an heftigen linksseitigen Schmerzen in der Stirne, zu welchen sich später auch solche der rechten Seite gesellten, hat einen eitrigen, zeitweise etwas fötiden Ausfluss aus beiden Nasenlöchern, die Nasenathmung wurde von Jahr zu Jahr erschwerter, seit 2 Jahren sind beide Nasenlöcher gänzlich verstopft.

Beide Nasengänge sind durch Polypen, zwischen welchen etwas dünner Eiter sickerte, gänzlich verlegt. Nach der Extraction dieser Polypen, bei welcher Gelegenheit in Verbindung mit diesen auch mehrere dünne, rareficirte Siebbeinplättchen mitextrahirt wurden, fand Verf. beide untere Muscheln hochgradig hypertrophisch, die mittleren Muscheln stark aufgetrieben, polypös degenerirt, mit Eiter gefüllt und ausserdem floss reichlich Eiter von beiden mittleren Nasengängen herab.

P. entfernte nach und nach beiderseits die kranke mittlere Muschel und resecirte die Hypertrophien an den unteren Muscheln. Nach Entfernung der mittleren Muscheln wurden beiderseits die Oeffnungen der Ausführungsgänge beider Stirnhöhlen und auch beider Keilbeinhöhlen, aus welchen reichlich Eiter floss, sichtbar.

Die weitere Behandlung bestand in der weiten Eröffnung und Auskratzung der ebenfalls kranken hinteren Siebbeinzellen und beider Keilbeinhöhlen. Gegenwärtig besteht nur noch, jedoch in viel geringerem Maasse, die Eiterung beider

Stirnhöhlen und einer rechtsseitigen hinteren Siebbeinzelle. Die Stirnhöhlen werden täglich durch die natürliche Oeffnung durchgespült und zeitweise mit Lapislösung geätzt.

Patientin vertrug die energische Behandlung recht gut, reagirte nur wenig auf die Eingriffe, die Kopfschmerzen haben ganz aufgehört, das Befinden ist ein sehr gutes, das Körpergewicht hat um 7 kg zugenommen. Der Fall bietet für die Nebenhöhlen die bequemsten anatomischen Studien in vivo; interessant ist ferner, dass bei solch ausgebreiteten Sinuseiterungen die Kieferhöhlen frei blieben, wovon ich mich durch Probepunction und nachfolgender Durchspülung überzeugt habe.

2. v. Navratil: Fälle von Kehlkopftuberculose.

Nach einem Ueberblick über die Literatur der verschiedenen Methoden, mittelst derer die Heilung der Kehlkopftuberculose auf operativem Wege versucht worden ist und über sämmtliche operirten Fälle und deren Resultate stellt v. N. auf Grund seiner Erfahrungen folgende Indication der Operation auf:

Indicirt ist die Entfernung der krankhaften Herde mittelst Laryngofission, wenn: die Veränderungen circumscript sind, so dass man hoffen kann, dass alles Krankhafte entfernt werden kann; wenn das Allgemeinbefinden und der Lungenzustand befriedigend sind und endlich noch wenn wegen Dyspnoe die Tracheotomie eventuell schon gemacht wurde.

Zur Illustration demonstrirt N. folgende Fälle:

I. J. R., 27 Jahre alte, gut genährte Frau, seit 3 Jahren zunehmende Heiserkeit, Athmen dyspnoetisch: die Krankheit soll nach einer Erkältung plötzlich aufgetreten sein. Ueber der rechten Lungenspitze etwas gedämpfter Percussionsschall, rauhes Inspirationsgeräusch, verlängertes Exspirium. Links am Ende der Inspiration Rasselgeräsche.

Auf dem rechten Taschenband ein circa haselnussgrosses, blassrothes, in das Kehlkopflumen hineinragendes Infiltrat mit unebener Oberfläche, und grauem Belag, die Ränder von der Umgebung ziemlich abgegrenzt. Aehnlichen Charakter zeigt auch das Infiltrat der interarytänoidealen Region.

Temperatur normal, Abends etwas Husten.

II. H. J., 37 Jahre alter Mann. Seit einem Jahre heiser, seine Krankheit führt er auf Verkühlung zurück. Gut genährt. Ueber beiden Lungenspitzen gedämpfter Percussionsschall, rauhes Inspirium, Exspirium verlängert.

Am hinteren Dritttheil des linken Taschenbandes, parallel mit dem Stimmbande, ein längliches, oberflächliches, bohnengrosses, circumscriptes Infiltrat.

Pat. hustet, Abendtemperatur normal, zeitweise Nachtschweiss.

Baumgarten: Beim 1. Fall würde ich endolaryngeal operiren: es ist zwar fraglich, ob ich alles Pathologische so entfernen könnte, aber meines Erachtens ist es möglich. Wohl ist das Verfahren auf extralaryngealem Wege viel genauer und gründlicher, doch hege ich Befürchtungen betreffs der Reaction der Kranken nach der Operation.

Némai: Ich bin seit jüngster Zeit kein Freund von operativen Eingriffen bei Kehlkopftuberculose; wenn wir auch mit vieler Mühe durch Auskratzen, Milchsäurecur etc. gute Resultate erzielen, überleben es die Kranken nicht lange.

Auf endolaryngealem Wege greife ich die bedeckten Infiltrate nicht, sondern bloss die Geschwüre an, um nicht die bedeckten Infiltrate auch in Geschwüre zu verwandeln, um so weniger, da ich auch nicht sicher bin, dieselben gänzlich ausschaben zu können.

Dass die tuberculösen Partikel nach Spaltung des Kehlkopfes excochleirt werden, wie bei Knochen- und Knorpeltuberculose, muss man principiell zugeben, nur sind die Fälle gut zu wählen, damit nicht der Kranke in 1—2 Monaten an Lungenphthise zu Grunde gehe. Natürlich hängt die Wahl des Kranken und die Aufstellung der Indicationen immer von der Einsicht des betreffenden Arztes ab.

Bei Kehlkopftuberculose, welche zu Stricturen geführt hat, ist die Tracheotomie am Platze, denn dadurch wird der Kehlkopf in Ruhe versetzt und die Lunge enthält mehr Oxygen. Meine einschlägigen Erfahrungen stimmen mit denen Schmidt's überein. Ich halte bei Kehlkopftuberculose die Tracheotomie für indicirt, und zwar als therapeutischen Factor und deshalb nicht in ultimis, sondern noch bei Zeiten. Von da ist nur mehr ein Schritt zur Spaltung und Excochleation.

Bei den vorgeführten Fällen will ich nicht mit meiner Meinung präjudiciren, aber ich würde bei keinem dieser Kranken den Kehlkopf öffnen, im 2. Fall aus dem Grunde nicht, weil der Process gutartig zu sein scheint, und auf Jodoleinblasungen und Milchsäurebehandlung eine Besserung zeigt. Hält aber Jemand diesen Fall für geeignet dazu, den Kehlkopf zu spalten und auszuschaben, so würde ich den Eingriff nicht contraindiciren, sondern schon aus dem Grunde beistimmen, um unsere Erfahrungen zu bereichern, da wir doch dem Kranken keinesfalls schaden.

Beim I. Fall ist jede Mühe vergebens, denn die Kranke, die jetzt fieberlos ist, wird später gewiss fiebern und ihre Krankheit wird sich verschlimmern; freilich würden wir bei ihr auch wenig riskiren. Bezüglich des endolaryngealen Curettements bin ich nicht der Ansicht Baumgartens.

Zwillinger: Was die Laryngofission und die Entfernung der tuberculösen Theile anbelangt, gebe ich theoretisch zu, dass es solche Fälle giebt, wo der Allgemeinzustand diese Eingriffe gestattet, aber ich glaube, dass die Operation den Allgemeinzustand schädlich beeinflusst.

Polyák: Wenn bei Larynxtuberculose von operativen Eingriffen die Rede ist, so kommen theoretisch dieselben Indicationen und Forderungen in Betracht bei endolaryngealen Operationen, wie bei Laryngofission, mit dem Zusatze, dass bei letzterer die Ansichten einer gründlichen Excochleation viel sicherer sind.

Bei dem Eingriffe ist die Methode weniger wichtig; maassgebend ist vorzüglich der allgemeine und der Lungenzustand, denn es wäre nicht recht, ohne Aussicht auf dauernden Erfolg zu operiren.

Punctum saliens der Kehlkopfbehandlung bildet die Frage, ob wir im Stande sind, gleichzeitig die Besserung des Lungenprocesses und des Allgemeinbefindens zu erzielen. In Sanatorien, in den besten Verhältnissen, ist es zweckmässig, die Larynxtuberculose auch chirurgisch zu behandeln, freilich nur in auserwählten, eine gute Prognose bietenden Fällen, wo wir wissen, dass der Kranke die peinliche Behandlung nicht vergebens erdultet, wo die Aussicht auf ein dauerndes Re-

sultat vorhanden ist; wo dies nicht der Fall ist, würde ich weder endo- noch extralaryngeal operiren, da ich die Argumentation, der Kranke verliere dabei nichts, nicht acceptire.

Den I. Fall betreffend glaube ich, dass hier der chirurgische Eingriff nicht mehr indicirt ist, da in diesem Falle an der Epiglottis miliare Eruptionen zugegen sind, in Folge welcher nicht nur die locale, sondern auch die allgemeine Prognose sich sehr ungünstig stellt.

v. Navratil: Ich bin ganz einverstanden damit, dass bei Kehlkopftuberculose, ein jedes Verfahren, das milder und schonender ist, versucht werde. Bei einem umschriebenem Infiltrate aber, falls es sich zeigt, dass ich auf anderem Wege, z. B. auf locale Behandlung, keine Besserung, keine Rückbildung einstellt, und der allgemeine Zustand des Kranken ein zufriedenstellender ist, bin ich entschieden für den chirurgischen Eingriff.

Im gegenwärtigen Falle würde Baumgarten endolaryngeal, Némai in anbetracht dessen, dass das Infiltrat gedeckt ist, überhaupt nicht eingreifen. Wir haben hier schon verschiedene Behandlungsweisen versucht, jedoch ohne Erfolg, denn die Veränderungen blieben stationär. Der allgemeine Zustand ist befriedigend, Fieber ist nicht vorhanden, Pat. husten wenig, deren Widerstandsfähigkeit ist eine ausreichende, um einen chirurgischen Einfluss zu versuchen, nur handelt es sich darum, ob wir endolaryngeal, oder mittelst Laryngofissur operiren sollen. In Anbetracht der grossen circumscripten Knoten, und dem Umstande, dass ich nicht davon überzeugt bin, ob ich auf endolaryngealem Wege alles Krankhafte zu entfernen im Stande bin, mache ich die Laryngofission; diese ist ein nicht viel grösserer Eingriff, denn nach meiner Erfahrung ist die prompt ausgeführte Laryngofission an und für sich kein gefährlicher Eingriff.

Auf die Bemerkung von Polyák, der die Operation nur im Sanatorium vornehmen würde, bemerke ich, dass dort die hygienischen Verhältnisse unstreitig günstiger sind. Wenn ich mich aber davon überzeugt habe, dass sich der Zustand der Kranken nach mehrwöchentlichen Aufenthalte im Spital nicht verschlimmert hat und ihr Kräftezustand gut ist, dann schreite ich um so sicherer an die Operation.

3. v. Navratil: Luetische Kehlkopfstenose in Folge chronischer Entzündung beider Arytaenoidalgelenke.

S.K., 32 Jahre alter Mann, giebt an, vor 15 Jahren Lues acquirirt zu haben, die aber unbehandelt blieb. Sein Hals begann vor 5 Jahren zu schmerzen, das Athmen wurde immer schwerer, zeitweise hatte er auch dyspnoetische Anfälle, die die Tracheotomie nothwendig machten. Es wurde aber nicht die Trachea, sondern nur der Larynx eröffnet, so dass die Canüle auf die krankhafte Stelle gerieth. Nach 4 Monaten wurde die Canüle entfernt, die Wunde schloss sich, die Athmung blieb jedoch erschwert, sein Zustand verschlimmerte sich sogar in der Weise, dass er gezwungen war die Abtheilung des Vorstellenden aufzusuchen. Brustorgane gesund. Rhinitis hypertrophica. Die Kehlkopfschleimhaut diffus injicirt, rechtes Stimmband normal, linkes Stimmband von einer Schleimhautverdickung verdeckt, deren Oberfläche glatt ist und in keiner Weise von der des Taschenbandes diffe-

rirt und die ohne Unterbrechung in das Taschenband übergehend, von jenem nur, dem Sinus Morgagni entsprechend, durch eine Furche getrennt ist. Beide Arygelenke gebunden, die Rima glottidis verengt, das Athmen, besonders beim Gehen, erschwert, geräuschvoll. Pat. ist geringen Grades cyanotisch.

Da die wegen Erkrankung beider Arytaenoidalgelenke vor 3 Jahren vollführte Laryngotomie die Ruhestellung der Gelenke nicht abändern konnte, hofft Vorstellender dies — wie auch seine Erfahrung lehrt — durch die tiefe Tracheotomie, in Combination mit der Dilatation der stenotischen Stelle herbeiführen zu können.

VII. Sitzung vom 27. October 1898.

Vorsitzender: v. Navratil, Secretär: Polyák.

1. v. Hültl: Ueber die luetischen Erkrankungen der Schilddrüse.

Vorstellender hält die Beschreibung und Publication jedes einzelnen Falles einer luetischen Erkrankung der Schilddrüse der seltenen Erkrankung wegen für gerechtfertigt.

Es lassen sich die beobachteten Fälle in 2 Gruppen eintheilen, so dass man 2 Formen der Erkrankung unterscheiden kann.

I. Vergrösserung der Schilddrüse im Anschluss an floride Syphilis (Thyreoiditis parenchymatosa syphilitica) (Fälle von Engel-Reimers, Mauriac und Justus).

II. Erkrankungen der Schilddrüse im Anschlusse an tertiäre oder congenitale Syphilis.

Nach ihrem Charakter unterscheiden wir zwei, nicht scharf von einander abgrenzbare Arten der Erkrankung und zwar

1. Thyreoiditis interstitialis syphilitica (Kuttner und Köhler's Fall).

2. Gumma glandulae thyreoideae;

a) bei congenitaler Lues: 4 Fälle von Demme, einer von Birch-Hirschfeld und Dubois (c. n. Bouchut).

b) bei acquirirter Lues: je 1 Fall von Navratil, Fränkl und Kuttner.

Der von uns beobachtete Fall schliesst sich letzteren an.

F. M., 58 Jahre alt (geboren zu Mora, Bukowina). Bis zum Beginne seiner jetzigen Erkrankung war Patient stets gesund; an Lues oder Exanthem erkrankt gewesen zu sein, kann sich Pat. nicht erinnern. Von 8 Kindern leben 2 und sind gesund, die übrigen starben im Alter von 2—3 Jahren an Kinderkrankheiten.

Im Jahre 1894 trat Dyspnoe auf, weswegen er im St. Johannes-Spital zwei Monate mit Pinselungen behandelt wurde, worauf sich sein Zustand soweit besserte, dass er seiner Beschäftigung nachgehen konnte. Seit Ende 1869 besteht Heiserkeit; seit Anfang October 1897 Schlingbeschwerden. Wegen dieser Beschwerden suchte er am 16. December 1897 die laryngologische Abtheilung des Prof. v. Navratil's im St. Rochus-Spital auf, wo er am selben Tage aufgenommen wurde.

Der schwach entwickelte und stark abgemagerte Patient bot die Symptome ausserordentlicher Blutarmuth dar. Die Schilddrüse klein-apfelgross, der rechte Lappen etwas grösser, etwas consistenter. Im linken kleinen Lappen ein haselnussgrosser, höckeriger, circumscripter, resistenter Knoten. Am rechten Stimmbande ein auf die vordere Commissur übergreifendes 20 hellerstückgrosses, von einem rothen Hofe umgebenes Geschwür mit aufgeworfenen Rändern. Respiration vollkommen frei. Patient beklagt sich über Heiserkeit und Schlingbeschwerden. Wir stellten die Diagnose auf Larynxkrebs und Struma maligna. Nachdem der Kranke keinerlei Eingriff (Probeexcision) zulassen wollte, verliess er nach 5tägigem Aufenthalte die Abtheilung und entzog sich damit der weiteren Beobachtung.

Drei Monate später, am 16. März 1898, wurde er, dem Erstickungstode nahe, auf die Abtheilung gebracht. Die Struma ist zu zwei Mannsfäusten gross angewachsen; sie ist überall von dichtem Gefüge, reicht in der Mittellinie des Halses vom Ringknorpel bis zur Incisura jugularis, beide Lappen gleich gross. Die Haut darüber von normalem Aeussern, nur etwas angelöthet. In Anbetracht der hochgradigen Dyspnoe konnte eine Spiegeluntersuchung nicht vorgenommen werden; wir schritten also sofort zur Ausführung der Tracheotomie. Durch eine 8 cm lange Incision in der Mittellinie gelang es uns bis an die Schilddrüse vorzudringen, allein, den unteren Rand derselben konnten wir nicht freilegen, da sich derselbe retrosternal viel weiter, nach abwärts erstreckte, als dass wir ihn hätten erreichen oder emporheben können. Es blieb daher nichts anderes übrig, als durch die Schilddrüse hindurch zur Trachea zu gelangen. Allein der Einschnitt in die Struma verursachte eine so colossale Blutung, dass wir die Zwecklosigkeit dieses Vorgehens einsahen. Krishaber und Winiwarter rathen, in dringenden Fällen von Tracheotomie die Operation bis zur Eröffnung der Trachea mittelst Paquelin auszuführen. Diesen Rath befolgten wir und drangen mittelst Paquelin durch die Schilddrüse vor. Durch die derbe Struma konnte man natürlich die Luftröhre nicht fühlen. Wir drangen in der Mittellinie ziemlich tief vor, ohne jedoch die Luftröhre gefunden zu haben. Nachdem aber inzwischen der Zustand des Kranken sich derart verschlimmerte, dass ein weiteres Suchen nicht mehr möglich war, verlängerten wir den Halsschnitt bis an die Incisur des Schildknorpels. Diesen als Directionspunkt annehmend, trennten wir — uns an den Kehlkopf und die Luftröhre haltend — die Drüse soweit entzwei, bis wir die stark nach links verschobenen 3—4—5 Trachealringe freipräpariren konnten, wo wir auch die Trachea eröffneten. Die Brandwunde wurde mit Jodoformgaze tamponirt.

Am 10. Tage, als sich die Schorfe der Brandwunden abstiessen, stellte sich heraus, dass die Wunde der Schilddrüse schön granulirt und an den Rändern Epithelbildung beginnt. Dies erweckte in uns einen Zweifel darüber, ob unsere Diagnose Struma maligna auch richtig sei? Wir excidirten in Folge dessen behufs mikroskopischer Untersuchung ein Stück aus dem Rande des Geschwüres. Krompecher war so gütig, uns folgenden Befund mitzutheilen: „es ist ausgeschlossen, dass das aus dem Kehlkopf excidirte Gewebsstück Carcinoma sei. Epithelbildung ist nirgends vorhanden, hingegen spricht die reichliche Rundzelleninfiltration um kleine Gefässe und Capillaren für Lues.“ Wir fahndeten nach Syphilis, konnten jedoch trotz wiederholter genauer Untersuchung beim Pat. keine

Anhaltspunkte für Lues finden. Trotzdem verabreichten wir Jodkali, worauf die Struma nach 3 Monaten vollkommen verschwand und der somatische Zustand des Kranken sich besserte. Wir sind geneigt, im vorliegenden Falle eine Thyreoiditis interstitialis syphilitica anzunehmen, welche sich im Anschlusse an ein Gumma entwickelte. Der Pat. verliess am 24. August 1898 mit Canüle das Spital.

Bis 24. September befand er sich wohl. Er giebt an, dass sich am Halse schmerzhafte Geschwülste bilden. Status praesens: An der rechten Seite des Halses, entsprechend dem Kopfnicker, eine kindsfaustgrosse, sehr harte, scharf contourirte, mit dem Muskel fest verwachsene Geschwulst. Keine Struma. Epiglottis injicirt, legt sich über den Kehlkopf. Bei Phonation mit gleichzeitigem Verschluss der Canüle sehen wir eine Schwellung der rechtseitigen Regio arytaenoidalis. Nach einwärts, gegen den Processus vocalis, grauröthliche, Granulationsgeweben ähnliche, wuchernde Massen. Ein tieferer Einblick in den Kehlkopf ist unmöglich. Nach dreiwöchentlichem Jodkaligebrauch verschwand die Geschwulst am Halse vollständig.

2. E. Ziffer (Curarzt in Gleichenberg): Ueber die Indicationen der Inhalationscuren.

Die allgemein beliebten Quellsoolinhalationen sind indicirt bei chronischen Nasen-, Rachen-, Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrhen. Auch bei durch specifische Erkrankungen der Kehlkopfschleimhaut verursachten Katarrhen und Geschwürsbildungen findet in zahlreichen Fällen eine Abschwellung der verdickten und aufgelockerten Schleimhaut statt; die Ulcerationen zeigen reinere Flächen, die Stimme wird kräftiger, das Allgemeinbefinden wird besser. Indem der Patient nach einem gewissen Zeitraume durch die Soolinhalationen kräftiger und widerstandsfähiger wird, das Kehlkopfinnere leichter zu übersehen und die specifischen Erkrankungsherde schärfer begrenzt hervortreten, kann auch eine locale Behandlung gründlicher und mit mehr Aussicht auf Erfolg vorgenommen werden. Nach einer 14tägigen Inhalationscur erscheint es bereits in vielen Fällen, namentlich bei oberflächlicher tuberculöser Exulceration, angezeigt, parallel mit dem Gebrauche der Inhalationen eine locale Behandlung einzuleiten. Bepinselung der kranken Stellen mit Milchsäure ist allen anderen vorzuziehen, und zwar nach der Kollmann'schen Methode, welche in der Anwendung von gleichen Theilen Milchsäure und Menthol besteht. Der Kranke verträgt diese Mischung weit besser als die wässerige Milchsäure.

Die Verwendung warmer Dämpfe ist nur in den seltensten Fällen statthaft. Selbst in Fällen, wo die Erzeugung warmer Dämpfe in Verbindung mit ätherischen Oelen indicirt ist, darf die Temperatur derselben keine hohe sein. Hierher gehören die so sehr verbreiteten Fichteninhalationen, welche durch ihre tonisirende und roborirende Wirkung sich auszeichnen, indem sie die Elasticität der Lungenalveolen heben und eine Verminderung der Schleimabsonderung bewirken.

Die Pneumatotherapie bedient sich der mittelst entsprechender Apparate erzeugten Luftdruck-Unterschiede, um je nach Bedarf, entweder verdichtete oder

verdünnte Luft, oder beide miteinander combinirt auf die Ahmungsorgane wirken zu lassen. Während es sich bei der Einathmung verdichteter Luft um eine erhöhte Luftzufuhr zu den Lungen handelt, wird mit der Ausathmung verdünnter Luft eine Entlastung der durch Zersetzungsproducte verunreinigten Residualluft stattfinden.

Ueber den therapeutischen Werth des reinen Sauerstoffes sind die Meinungen sehr getheilt. Vom theoretischen Standpunkt aus betrachtet wäre dem Gebrauche des reinen Oxygens jeder Nutzen abzusprechen. Nachdem die Menge des aufzunehmenden Sauerstoffes vom Hämoglobingehalt des Blutes abhängig ist, so wird nicht die Menge des zugeführten O, sondern jene des vorhandenen Hämoglobins für die innere Athmung entscheidend sein, und wenn wir dem Körper mehr Sauerstoff auf künstlichem Wege einverleiben wollen, dann müssen wir auch trachten, die Menge des Hämoglobins zu erhöhen, was durch eine combinirte rationelle Ernährung erreicht werden kann.

VIII. Sitzung vom 1. December 1898.

Vorsitzender: Bode. Secretär: Polyák.

1. v. Hültl: Fall von Rhinosklerom.

K. K., 35 Jahre alte Arbeiterin, giebt an, dass ihre Krankheit vor 3 Jahren begonnen hat, bis zu dieser Zeit soll sie immer gesund gewesen sein. Angeblich entwickelte sich in der linken Nasenöffnung eine erbsengrosse Geschwulst, die immer an Grösse zunahm; etwas später bemerkte sie eine ähnliche Geschwulst auch in der rechten Nasenöffnung. Gegenwärtig ist die Nase faustgross, die Haut darüber ist gespannt und glänzend, bräunlich-blau gefärbt, überall gleichmässig derb, im Ganzen symmetrisch, nur der rechte Nasenflügel ist etwas grösser als der linke. Von beiden Nasenöffnungen ragt eine kirschgrosse, dunkelrothe, harte Geschwulst hervor, die linksseitige ist mit Schorf bedeckt. Nach Ablösung des Schorfes wird ein blutendes Geschwür sichtbar. Die Nase ist für die Luft seit $^3/_4$ Jahr gänzlich undurchgängig, gegenwärtig kann man auch mit der Sonde nicht hineindringen. Die Uvula fehlt gänzlich, an ihrer Stelle und an den vorderen Rachenbögen sind weissliche Narben sichtbar. Das Schlucken ist unbehindert. Unstreitig haben wir es mit einem Rhinosklerom zu thun, das Bild ist so charakteristisch, dass wir den Process mit nichts Anderem verwechseln können. Die Veränderungen im Pharynx können auch nicht irreführen, denn wie wir es nach Köbner wissen, betheiligt sich der Rachen beinahe in jedem Falle an dem Process; seltener sind die an dem geschrumpften weichen Gaumen sitzenden Narben, wurden aber schon von Kaposi beschrieben. Im gegenwärtigen Falle konnten wir keinen üblen Geruch wahrnehmen, obwohl nach Juffinger dies ein charakterisches Symptom ist, aus dem allein er die Diagnose aufzustellen im Stande zu sein angiebt. Wie allgemein bekannt, wird das Rhinosklerom als ein

unheilbares Uebel betrachtet, wenigstens konnte man bis jetzt weder durch Dilatationen, Cauterisation oder Caustik, noch durch Inunctionen und parenchymatöse Injectionen eine Heilung herbeiführen.

Aus diesem Grunde machte v. Navratil schon vor längerer Zeit den Versuch, mittelst im Gesunden geführten Schnitten alles Krankhafte zu exstirpiren, und zwar, wie dies ein auch hier vorgestellter und im Jahre 1898 mitgetheilter Fall beweist, mit gutem Erfolg. Diese radicale Exstirpation wird auch im gegenwärtigen Falle geplant, und zwar ohne darauf Rücksicht zu nehmen, ob die Weichtheile der Nase erhalten werden können oder nicht, denn im letzteren Falle beabsichtigt v. Navratil die Rhinoplastik mit einem von der Stirn genommenen Hautlappen zu vollführen, so wie er es auch im oben erwähnten Fall machte.

Ueber das Resultat werden wir nach der Operation berichten.

Discussion.

Morelli: Mit Rücksicht auf die Veränderungen des Rachens halte ich einen so grossen Eingriff, wie man ihn in diesem Falle zu machen beabsichtigt, nicht indicirt. In ähnlichen Fällen soll man sich, wie es Billroth und Andere erwähnen, darauf beschränken, dass man die Athmung mittelst Dilatation, Caustik oder Auskratzung der Nasengänge erleichtert; natürlich müsste dies Verfahren wiederholt werden.

In gegenwärtigem Falle wo der knorpelige Theil der Nase, der weiche Gaumen und Rachen von dem Krankheitsprocess befallen sind, wird der geplante grosse Eingriff zu keinem bleibenden Resultat führen. Die galvanocaustische Behandlung giebt als zeitweise angewendetes Verfahren guten Erfolg, in einem Falle erzielte ich freie Nasenathmung, die schon seit 4 Jahren unbehindert besteht.

v. Hültl: Der erste Fall, den v. Navratil heilte, war ein ebenso schwerer wie der gegenwärtige: die Operation bestand aus mehreren Abschnitten: zuerst wurde die obere Lippe exstirpirt und die Plastik gemacht, dann wurden die Nase und die Nasengänge operirt und erst nachdem der Kranke Monate lang gesund war und in das Spital zurückkehrte, wurde die Rhinoplastik vollführt. Patientin befindet sich jetzt nach 3 Jahren vollkommen wohl. Da in vorgezeigtem Falle der Krankheitsprocess im Rachen abgelaufen ist —, findet v. Hültl von dieser Seite her keine Contraindication gegen die beabsichtigte Exstirpation des Rhinoskleroms (Seither wurde die Operation ausgeführt und verliess die Patientin ganz geheilt die Abtheilung.)

2. Morelli: Ein vor sieben Jahren mit Erfolg operirter Fall von Angiosarcom des Kehldeckels.

Der vorgestellte 25 jährige Spengler erschien zum ersten Male am 6. April 1890 mit folliculärer Tonsillitis im Ambulatorium. Gelegentlich der Untersuchung kam beim Herabdrücken der Zunge eine eigrosse, dunkel purpurrothe, harte, ziemlich bewegliche, vom linken Epiglottisrande bis zum Zungenrande reichende breit aufsitzende Geschwulst zum Vorschein. Auffallend war der Umstand, dass Pat. bis zu dieser Zeit, wo Vortr. ihn auf das Vorhandensein des Neoplasmas,

welches ihm weder Athem- noch Schluckbeschwerden verursachte, aufmerksam machte, von demselben keine Kenntniss hatte.

Die Tonsillitis war rasch abgeklungen.

Die Operation wurde erst im August 1891 vorgenommen, um welche Zeit die Geschwulst rasch zu wachsen begann, so dass Athem- und Schluckbeschwerden auftraten — erstere hauptsächlich zur Nachtzeit — überdies zeitweise auch Blutungen sich eingestellt hatten. Die Motive, welche M. bewogen haben die Operation herauszuschieben, waren: Vortr. wollte den Ernährungs- und Kräftezustand des schwächlichen Individuums vorerst heben, ferner sich über das einzuschlagende Operationsverfahren, sowie über das langsame oder rasche Wachsen der Geschwulst orientiren.

Nachdem Pat. vorher durch längere Zeit hindurch fortgesetzte Pinselungen an das Fremdkörpergefühl gewöhnt worden war, wurde zur Operation geschritten. Dieselbe geschah nach vorausgegangener Anästhesirung der Geschwulst und ihrer Umgebung mit 25proc. Cocainlösung mittelst galvanokaustischer Schlinge, welche unter langsamer Verkleinerung das Neoplasma abschnürt. J. Paul Haberern, der so gütig war, mir zu assistiren, nahm auch die histologische Untersuchung vor, durch welche die Diagnose Angiosarkom Bestätigung fand. Der Heilungsverlauf war ein glatter, weder durch Blutung noch durch Oedem gestört.

Bei dem vor 7 Jahren operirten Manne ist auch heute keine Spur eines Recidivs wahrzunehmen. Die linke Hälfte der Epiglottis ist blass, bloss zweimal so dick wie die rechte Hälfte, ohne jedoch Athem- oder Schluckbeschwerden zu verursachen.

Das vorgezeigte, naturgetreue, in Farben ausgeführte Bild vergegenwärtigt den Befund vor der Operation. v. Navratil.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

A. Nijkamp †.

Am 5. Juli verstarb unser geschätzter Specialcollege Dr. A. Nijkamp, seit 1887 Privatdocent der Laryngologie und Rhinologie an der Universität Leiden.

Zur Frage der Stellung der Laryngologie bei den internationalen Congressen und ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

Die achte Versammlung der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde hat einstimmig ihre Ansicht dahin ausgesprochen, dass auch in Zukunft die Laryngologie und Otologie bei den internationalen Congressen und ähnlichen Gelegenheiten in Gestalt zweier separater, voller Sectionen vertreten sein solle.

Aus einem Privatbrief des Vorsitzenden des im August abgehaltenen internationalen otologischen Congresses, Professors Urban Pritchard, an den Herausgeber des Centralblatts, sei noch nachgetragen, dass die sich in gleichem Sinne bewegende Resolution des Congresses, welche bereits im Briefkasten der Septembernummer des Centralblatts veröffentlicht worden ist, in Anwesenheit von etwa 150 bis 160 Mitgliedern nahezu einstimmig („almost unanimously“) angenommen wurde.

Die Frage der Stimme bei einseitiger Medianstellung einer Stimmlippe.

Dr. Gustav Spiess (Frankfurt a. M.), der eine Reihe von Patienten beobachtet hat, die alle das gleiche laryngoskopische Bild bieten, nämlich Medianstellung einer Stimmlippe, die aber in Bezug auf die Stimme die grössten Unterschiede: von vollkommen klarer Stimme durch alle Stufen von Heiserkeit — aufwiesen, ohne dass er eine genügende Erklärung hierfür hätte geben können, wünscht dieser Frage auf dem Wege von Erkundigungen bei anderen Collegen näher zu treten, und hat daher an den Herausgeber folgenden Brief gerichtet:

Sehr verehrter Herr Professor!

Darf ich Sie bitten, im Briefkasten folgende Fragen zu stellen, um deren Beantwortung ich die geehrten Collegen freundlichst ersuche:

1. Wie ist die Stimme bei Medianstellung einer Stimmlippe in Folge von Lähmung des M. crico-arytaenoid. posticus? (Ist stroboskopisch ein Unterschied nachweisbar?)
2. Wie ist die Stimme bei Medianstellung einer Stimmlippe in Folge von Ankylose im Crico-arytaenoid.-Gelenk? (Wie ist der stroboskopiscke Befund?)
3. Aus welchen Ursachen kann bei Medianstellung einer Stimmlippe Heiserkeit auftreten und wie ist dieselbe?
4. Besteht bei einseitiger Medianstellung ein Unterschied zwischen Sprechstimme und Singstimme?
5. Ist etwaige Heiserkeit therapeutisch zu beeinflussen? In welchen Fällen und auf welche Weise?

Mit vorzüglicher Hochachtung

Dr. med. Gustav Spiess.
3 Untermainquai, Frankfurt a. M.

Antworten wolle man gefälligst an Dr. Spiess direct gelangen lassen.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. **Berlin, November.** **1899. No. 11.**

Karl Stoerk †.

Die Laryngologie ist von einem herben Verlust betroffen worden. Sie hat den Hingang eines ihrer bestgekannten, verehrtesten Altmeister zu beklagen. Am 13. September 1899 verschied in Wien nach längeren Leiden Karl Stoerk im Alter von 67 Jahren. Mit ihm ist wiederum einer der ersten Pioniere der Laryngologie, der Lehrer zahlreicher Generationen von Specialisten, eine Säule der Wiener Universität, ein Mann originellsten Gepräges im Denken, Fühlen, Schreiben und Reden, ein glänzender Operateur, ein unerschrockener, wahrhafter Diener seiner Wissenschaft, ein liebevoller Familienvater, ein treuer Freund seiner Freunde, seiner Schüler, seiner Kranken, ein prächtiger, humorvoller Gesellschafter zur ewigen Ruhe eingegangen, und voll aufrichtigen Schmerzes stehen seine Freunde und Schüler, zu denen sich der Schreiber dieser Zeilen zählen darf, an seinem Grabe.

Karl Stoerk darf mit vollstem Rechte als einer der Pfadfinder der Laryngologie bezeichnet werden. Am 17. September 1832 in Ofen als Sohn eines Arztes geboren, studirte er Medicin in Budapest und Wien und bestand

im Jahre 1858 das Rigorosum an letztgenannter Universität. In den folgenden Jahren war er im Allgemeinen Krankenhause als Sekundararzt thätig und hatte das Glück, an der Türck'schen Abtheilung beschäftigt zu werden. Diesem Umstande verdankt er zweifelsohne die Anregung zu seiner Beschäftigung mit der Laryngologie. Er widmete sich mit dem ihm eigenen Feuereifer der jungen Wissenschaft, die damals eben erst das Licht der Welt erblickt hatte. Er studirte die Technik der Untersuchung an der Leiche, an Thieren, an Gesunden und Kranken, war unter den Ersten, die über laryngologische Dinge publicirten, und war seiner eigenen Aussage nach[1]) der Erste, welcher unter Leitung des Kehlkopfspiegels Medicamente in den Kehlkopf einbrachte. Schon 1859 begann er, Unterricht in der Laryngoskopie zu ertheilen; 1867 etablirte er sich als „Privatdocent für Laryngoskopie und Krankheiten des Kehlkopfes und Rachens"; 1875 wurde er zum ausserordentlichen Professor der Laryngologie ernannt; 1891 erhielt er, nach L. v. Schroetter's Ausscheiden aus dieser Stellung, die Leitung der laryngologischen Universitätsklinik im Allgemeinen Krankenhause, und im Jahre 1894 wurde er zum ordentlichen Professor befördert.

Es mag an dieser Stelle gleich erwähnt werden, dass Stoerk der Begründer und bis zu seinem Tode der Präsident der Wiener Laryngologischen Gesellschaft, ferner Ehrenmitglied der Londoner, Berliner, New Yorker Laryngologischen Gesellschaften, correspondirendes Mitglied mehrerer anderer ärztlichen und naturforschenden Gesellschaften und Ritter mehrerer hoher russischer Orden war.

Als Schriftsteller war Stoerk ungemein thätig. Die Liste seiner laryngologischen Publicationen, die wir weiter unten bringen, umfasst 46 Nummern und in ihr finden sich grössere Werke, wie seine „Klinik der Kehlkopfkrankheiten" (1880), und die „Erkrankungen der Nase", des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre" (1895 u. 1897). Die Hauptbedeutung Stoerk's auf literarischem Gebiete aber liegt weit mehr in seinen Originalmittheilungen, als in seinen Lehrbüchern. Seiner ganzen Anlage nach war er weniger zu der geduldigen, gleich-

1) Ich citire nach dem Nekrolog von O. Chiari in No. 38 der Wiener klinischen Wochenschrift, welchem ich auch die meisten biographischen Daten dieses Nachrufs und das Verzeichniss von Stoerk's Schriften entlehne.

mässigen, methodischen Arbeit geeignet, welche für die Herstellung eines guten Lehrbuches unumgänglich erforderlich ist, als für die Mittheilung eigener neuer Erfahrungen und Gedanken. Man merkt es dem Inhalt wie der Schreibweise seiner Lehrbücher an, dass sich vielfach seine Gedanken nur widerwillig dem Zwange der übernommenen Verpflichtung fügen, dass manche Kapitel ihn geradezu langweilen, dass er umgekehrt bei anderen Abschnitten, für die er sich gerade zur Zeit der Abfassung des betreffenden Werkes interessirte, über Gebühr lange verweilt, dass oft sein Geist seiner Feder vorauseilt, und dass er das einmal Niedergeschriebene später kaum kritisirt. So erklären sich die auffallenden Ungleichmässigkeiten in der Darstellung der einzelnen Kapitel, die stilistischen Nachlässigkeiten, welche die Lectüre seiner grösseren Werke ungemein erschweren; so konnte es kommen, dass das Vorwort seiner „Klinik der Kehlkopfkrankheiten“ mit dem berühmt gewordenen Satze beginnt: „Hiermit bringe ich mein Handbuch „Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes, der Nase und des Rachens“ zum Abschluss.“ Der Fachmann, der Anregung sucht, wird ihrer in Gestalt geistvoller, oft überraschender oder zum Widerspruch herausfordernder Bemerkungen, Beobachtungen und apodiktischer Behauptungen genug in Stoerk's Lehrbüchern finden; der Studirende, welcher systematische Belehrung zu finden erwartet, wird aus all' den angeführten Gründen mit beträchtlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben. Wie in manchen anderen Dingen, so war auch darin Stoerk der direkte Antipode Morell Mackenzie's, dass, während letzterer in seinem Lehrbuch ängstlich bemüht war, die Ansichten Jedermann's wiederzugeben, der jemals über das betreffende Kapitel geschrieben hatte, nicht selten aber unterliess, seine eigene Meinung über streitige Fragen auszusprechen, die ungemein subjective Natur Stoerk's ihn umgekehrt aus vollster Ueberzeugung dazu veranlasste, verhältnissmässig wenig Interesse an der laryngologischen Fachliteratur zu nehmen, seine eigene Ansicht als die unzweifelhaft richtige darzustellen und gegnerischer Behauptungen entweder gar nicht zu gedenken oder sie mit wenigen Worten abzuthun. Lebhaft erinnere ich mich einer Unterhaltung mit ihm aus dem Jahre 1883, in welcher ich durch seine völlige Unbekanntschaft mit einer Frage überrascht, welche damals die laryngologischen Gemüther lebhaft beschäftigte, ihn frug, ob er denn eine einschlägige

Arbeit von mir, von welcher ich ihm einen Separatabdruck zugesandt hatte, nicht gelesen habe. Seine mit grösster Harmlosigkeit und freundlichstem Lächeln gegebene Antwort lautete: „Aber, lieber Freund, glauben Sie denn, dass ich alles Zeug lesen kann, das man mir zuschickt?“ — Das kam mit solcher Bonhommie heraus, dass ich lachen musste, aber es hat mir vieles in Stoerk's Lehrbüchern erklärt, das mir sonst unerklärlich gewesen wäre.

Von viel grösserer und bleibenderer Bedeutung als seine systematischen Werke sind manche seiner Originalarbeiten. Artikel wie die über den „Schleimhautriss“ (1874), der Jahre lang zu den lebhaftesten Controversen Anlass gab: „Ueber den Husten“ (1876); „Oesophagoskopie“ (1881 u. 1896), „Zur Erklärung des Shocks nach der Larynxexstirpation“ (1888), vor allem aber seine berühmte Arbeit: „Die chronische Blennorrhoe der Nasen-, Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut“ (1874), werden Stoerk's Namen dauernd in der Literatur erhalten. War es ihm auch natürlich unmöglich, die bakterielle Natur dieser Krankheit zu der Zeit zu erkennen, in welcher er sie zuerst beschrieb (1867), so gebührt ihm doch das unzweifelhafte Verdienst, ein neues Krankheitsbild entdeckt und prägnant beschrieben zu haben, und hat auch der Name „Stoerk'sche Blennorrhoe“, unter welchem der von ihm beschriebene sklerosirende Process in den oberen Luftwegen Jahre lang bekannt war, allmählich dem bezeichnenderen Ausdruck „Sklerom“ weichen müssen, so wird bei der Schilderung dieser Krankheit der Name ihres Entdeckers, Karl Stoerk, für alle Zeiten in der Literatur fortleben. — Auch in vielen seiner oben nicht genannten klinischen Beiträge findet sich eine Fülle geistvoller und anregender Gedanken, wie es denn überhaupt kaum eine Stoerk'sche Publication geben dürfte, aus der nicht auch der Erfahrenste etwas lernen könnte; die namhaft gemachten sind nur diejenigen, welche der Schreiber dieser Zeilen für die bedeutendsten von den ihm bekannten hält.

Wie die Literatur, so hat der Verewigte auch das Instrumentarium seines Faches durch werthvolle Beiträge bereichert. Seine berühmte „Schusterkugel“ — sie hat meine ersten laryngoskopischen Studien recht unnöthig erschwert — hat heutzutage wohl nur noch den Rang einer historischen Merkwürdigkeit, und auch seine Kehlkopfguillotine und sein erstes Oesophagoscop dürften gegenwärtig nur

wenig mehr verwendet werden; aber der „Stoerk'sche Griff“ dient noch immer als Grundlage mancher Kehlkopfinstrumente, und sein „gedeckter Schlingenschnürer“ ist ebenfalls sehr brauchbar. — Stoerk selbst war ein ausgezeichneter Kehlkopfoperateur. Wenn er sich mit seiner zitternden Hand dem Patienten näherte und mit seiner Kehlkopfguillotine anscheinend wild in seinem Halse herumsäbelte, so sah das für den Zuschauer sehr grauslich aus, und vielen Patienten muss dabei recht übel zu Muthe gewesen sein, aber das Ergebniss — und ich habe ihn oft operiren sehen — war gewöhnlich erstaunlich günstig. Von den Kehlkopf-Operateuren der vorcocainistischen Periode ist er sicher einer der glänzendsten gewesen.

Hinsichtlich seiner Lehrthätigkeit gilt, glaube ich, mutatis mutandis dasselbe, was oben von seiner schriftstellerischen Thätigkeit gesagt worden ist. Anregend und interessant war der Verewigte immer; handelte es sich um die Analyse eines klinischen Falles, um eine einzelne bestimmte Frage, so war sein Vortrag oft hinreissend. In scheinbar unerschöpflicher Fülle sprudelte ihm eine Fluth einschlägiger Erfahrungen aus seinem vortrefflichen Gedächtniss zu; plötzliche Einfälle, Hypothesen originellster Art machten es ein Vergnügen, seinem Vortrage zu lauschen; wirklich witzige und humoristische Schlaglichter trugen das ihrige dazu bei, dies Vergnügen zu erhöhen. Hielt er aber einen systematischen Vortrag, so ging oft genug die Lebhaftigkeit seines Naturells mit seinem Thema durch; er gerieth vom Hundertsten ins Tausendste und war nach fünf Minuten Meilen weit von seinem eigentlichen Gegenstande entfernt. Unvergesslich bleibt mir der erste Vortrag der Art, den ich — es war im Jahre 1874 — von ihm gehört. Er sprach über die Muskulatur des Kehlkopfs und begann folgendermaassen: „Hier, meine Herren, habe ich Ihnen einen Muskel mitgebracht, der mich sehr interessirt. Es ist der Thyreo-arytaenoideus internus, der eigentliche Singmuskel. Ich brauche Ihnen nicht zu sagen, dass auch noch andere Muskeln zum Singen gehören, aber wenn der Thyreo-arytaenoideus internus nur in Ordnung ist, so kommt es auf die anderen Muskeln und auch auf die Schleimhaut gar nicht so sehr an. Da hat mich vorgestern die Frau X. (eine derzeit berühmte Sängerin der Wiener Oper) consultirt; die Frau hatte einen solchen Kehlkopfkatarrh, dass sie eigentlich nicht hätte singen dürfen; aber sie bestand darauf und die

Stimmbänder schlossen beim Intoniren. Ich habe die Frau singen lassen, und ich sage Ihnen, meine Herren, sie hat gestern Abend ganz göttlich gesungen." Damit begann eine längere Auseinandersetzung über die Frage, ob man beim Kehlkopfkatarrh singen lassen dürfe, und der arme Thyreo-arytaenoideus war zeitweise völlig vergessen.

Man vergebe es mir, wenn ich immer wieder in diesem Nachruf auf persönliche Erinnerungen komme. Es ist nur natürlich. Was Stoerk so allgemein bekannt und beliebt gemacht hat, ist eben seine kräftige Persönlichkeit gewesen. Andere haben an der Wiege der Laryngologie gestanden, haben grosse Lehrthätigkeit ausgeübt, haben wichtige Beiträge zur Literatur ihres Faches geliefert, ohne dass ihnen ein Zehntel von der Popularität beschieden gewesen wäre, die unserem heimgegangenen Freunde zu Theil geworden ist. Und doch ist Stoerk sicherlich kein Hascher nach Popularität gewesen. Ganz im Gegentheil! Es hat vielleicht wenige Menschen gegeben, die ihr Urtheil stets so derb, so ungeschminkt, ja bisweilen so rücksichtslos ausgesprochen haben, wie Stoerk. Unvergessen bleibt es, wie er im Herbst 1887 die Behandlung des deutschen Kronprinzen öffentlich in schonungslosester Weise kritisirte und verurtheilte. Ein wahrer Sturm der Entrüstung erhob sich damals gegen den Kecken, der es gewagt hatte, dem Lügengewebe jener Tage entgegenzutreten. Die alte Erfahrung wiederholte sich, dass die Welt oft genug nicht nur schweigend einem Unrecht zuschaut, sondern sich gar noch gegen denjenigen ereifert, der das Unrecht beim rechten Namen nennt. Politischer wäre es gewiss für Stoerk gewesen, auch zu schweigen, oder wenigstens diplomatischer vorzugehen; auch will ich die von ihm gewählte Form nicht vertheidigen; aber er hatte jedenfalls den Muth seiner Meinung und das ist eine seltene Tugend.

Wie Chiari richtig sagt: Stoerk war ein herzensguter Mann. Wie er auch manchmal polterte und schalt: man sah immer, dass es nicht böse gemeint war und dass ihm nichts ferner lag, als andere absichtlich kränken zu wollen. So nahm man ihm denn auch nichts übel, was von anderer Seite kommend, sicher Anstoss erregt hätte. Schon oben habe ich ein persönliches Erlebniss der Art erwähnt; bei einem anderen war ich gegenwärtig. In einer Diskussion im Schoosse einer grossen Fachversammlung hatte ein älterer, allgemein geschätzter

Laryngologe seine Ansichten entwickelt. Der nächste Redner war Stoerk, — ein guter Bekannter seines Vorgängers. Er begann: „Nun, meine Herren, was der Herr Vorredner eben gesagt hat, ist alles Unsinn . . .“ Weiter kam er zunächst nicht, denn das schallende Gelächter, in welches die ganze Versammlung ausbrach und in welches der gescholtene Vorredner einstimmte, verhinderte ihn für den Augenblick fortzufahren. Er schien erst jetzt zu merken, was er eigentlich gesagt hatte, lachte ebenfalls und fuhr dann, ohne ein Wort der Entschuldigung, in seinen eigenen Ausführungen fort. Niemand dachte daran, von ihm eine Revocation zu verlangen. — Grossartig war es auch, wenn er als Vorsitzender sich bei einer Diskussion zu langweilen anfing, dies zunächst in unverhülltester Weise durch Gesten und Achselzucken zu erkennen gab, dann den Vortragenden verschiedentlich unterbrach und ihn seinen Vortrag abzukürzen bat, und endlich, zumal wenn sich in der Diskussion zwei Redner in ein Wortduell einliessen, mit dem Obiter dictum: „Setzt's Euch! Aus is'!“ dem Kampf ein Ende zu machen versuchte.

Ist Stoerk's Name und wissenschaftliche Thätigkeit auf immerdar mit der Geschichte der Laryngologie verbunden, so wird der Eindruck der originellen, kraftvollen, liebenswürdigen Persönlichkeit seinen Freunden, Schülern und Fachgenossen, die mit ihm in persönliche Berührung gekommen sind, unvergesslich bleiben. Die schmerzgebeugte Familie darf der aufrichtigsten Theilnahme der Laryngologen aller Länder versichert sein. Felix Semon.

Verzeichniss von Stoerk's Publicationen.

Laryngoskopische Mittheilungen. Blätter der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 1858.

Zur Laryngoskopie. Ueber Erkrankungen des Kehlkopfes und Operationen. Heilverfahren. Blätter der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 1859.

Laryngoskopische Erfahrungen. Zeitschrift für praktische Heilkunde. 1860.

Aetzmittelträger. Oesterreichische Zeitschrift für practische Heilkunde. 1860.

Laryngoskopische Mittheilungen. Wiener Medicinalhalle. 1863.

Gedeckte Schlingenschnürer zur Entfernung von Geschwülsten, Kehlkopfmesser zur Operation harter Tumoren im Kehlkopf. Guillotinen. Wiener medicinische Wochenschrift. 1869.

Laryngoskopische Operationen. Wiener medicinische Wochenschrift. 1871—72.

Ueber Laryngoskopie. Sammlung klinischer Vorträge. 1872.

Der Schleimhautriss. Virchow's Archiv. 1874.
Ein neuer Athmungsapparat. Wiener medicinische Wochenschrift. 1874.
Die chronische Blennorrhoe der Nasen-, Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut. Mittheilungen der Naturforscherversammlung in Breslau 1874 und Wiener medicinische Wochenschrift. 1874.
Beiträge zur Behandlung des Parenchym- und Cystenkropfes. Erlangen. 1874.
Mittheilungen über Asthma bronchiale und die mechanische Lungenbehandlung nebst einem Anhang über den Hustenreiz. Stuttgart. 1875.
Tracheotomie. Sitzungsberichte der k. k. Gesellschaft der Aerzte. 1875.
Anatomie und Physiologie der Stimmorgane. Mittheilungen des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums. 1876.
Ueber den Husten. Wiener medicinische Wochenschrift. 1876.
Ein Fall echter Schleimhauthypertrophie. Wiener medicinische Wochenschr. 1878.
Haematoma retropharyngeale. Wiener medicinische Wochenschrift. 1878.
Luxation des linken Giessbeckenknorpels. Wiener medicinische Wochenschr. 1878.
Kehlkopfanwachsung. Wiener medicinische Wochenschrift. Wien. 1879.
Klinik der Kehlkopfkrankheiten. Stuttgart. 1880. 2 Bde. Ueber 500 Seiten stark.
Beiträge und Therapie der Diphtheritis. Wiener medicinische Wochenschr. 1881.
Oesophagoskopie. Wiener medicinische Wochenschrift. 1881.
Sprechen und Singen. Wien. 1881.
Ueber Anwendung des Cocains in der Laryngoskopie. Wiener medicinische Blätter. 1884.
Locale Behandlung des Empyems der Highmorshöhle. Wiener medicinische Wochenschrift. 1886.
Verhinderung der Granulationsbildung nach der Tracheotomie. Wiener medicinische Wochenschrift. 1887.
Die Tubage des Larynx. Wiener medicinische Presse. 1887.
Total-Exstirpation des Larynx. Wiener medicinische Wochenschrift. 1887.
Ueber Kehlkopfkrebs. Wiener medicinische Wochenschrift. 1887.
Heilung eines Falles von Larynxkrebs mit Herstellung normaler Respiration und Phonation. Wiener medicinische Wochenschrift. 1887.
Zur Erklärung des Shock nach der Larynxexstirpation. Wiener medicinische Wochenschrift. 1888.
Ueber Larynxexstirpation wegen Krebs. Wiener medicinische Wochenschr. 1889.
Heilung eines Larynxcarcinoms durch Exstirpation dieses Theiles der linken Hälfte des Kehlkopfes. Wiener medicinische Wochenschrift. 1890.
Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Larynxtuberculose. Wiener medicinische Wochenschrift. 1892.
Ueber die Kreosottherapie bei Tuberculose des Kehlkopfes und der Lungen. Archiv für Laryngologie. 1893.
Stimmbandcarcinom. Wiener klinische Wochenschrift. 1893.
Lymphosarcoma des Pharynx und Larynx. Wiener medicinische Wochenschr. 1895.
Gehirninfection von Seite der Nase. Wiener medicinische Wochenschrift. 1894.
Die Erkrankungen der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre. Bd. I. Wien. 1895. Ueber 300 Seiten stark.

Ueber Oesophagoskopie. Wiener klinische Wochenschrift. 1896.
Larynxcarcinome. Die operative Behandlung. Operationsstatistik. Archiv für Laryngologie. 1896.
Ueber Cocainanästhesie. Wiener medicinische Wochenschrift. 1896.
Allgemeine Therapie, Arzneimittel- und Operationslehre. Handbuch der Laryngologie und Rhinologie von Heymann. Wien. 1897.
Die Erkrankungen der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre. Bd. II. Wien. 1897. Ueber 300 Seiten stark.
Mittheilungen aus der laryngologischen Klinik. Wiener medicinische Wochenschrift. 1899.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente etc.

1) **A. C. H. Moll** (Arnheim). **Rhino-Laryngo-Otologie.** *Med. Weekblad. VI. No. 14.* Festnummer zur goldenen Feier des Niederländischen medicinischen Vereins.

Historischer Ueberblick speciell in Bezug auf die Entwickelung der Specialität in Holland.

H. BURGER.

2) **Thos. R. French. Eröffnungsrede des Vorsitzenden auf dem 20. Congress der American Laryngological Association. (The president's address delivered before the American Laryngological Association at its twentieth anual congress.)** *N. Y. Med. Journal. 10. September 1898.*

Ein Abdruck der Ansprache, mit der F. die Versammlung eröffnete (vergl. den Verhandlungsbericht, p. 533).

LEFFERTS.

3) **D. Braden Kyle. Einige allgemeine Betrachtungen über die Schleimhäute der oberen Luftwege. (General consideration of mucous membranes of the upper respiratory tract.)** *Internat. Med. Magazine. Januar, März und Mai 1899.*

Entzündliche Processe an den Schleimhäuten des oberen Athemtractus gehen schnell in das zweite oder exsudative Stadium über. Dies erklärt sich aus der Thatsache, dass die Blutgefässe dort nur sehr wenig Bindegewebe als Stütze führen, so dass sie schnell sich ausdehnen und frühzeitig Exsudat austreten lassen. Wenn man, statt mit dem Thermokauter vorzugehen, seine Therapie gegen die wahre Ursache der Krankheit richtet, so wird die Nasen- und Rachen-

schleimhaut intact bleiben und der Patient eine normal secernirende Schleimhaut behalten.

Drüsen im Nasenrachen soll man nur angreifen, wenn die Tuba Eustachii verlegt oder die Nasenathmung gestört ist.

Bei Anämie zeigt die Respirationsschleimhaut eine dünne, leicht albuminöse wässrige Exsudation. Die Zahl der rothen Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt, die bei nasaler Verstopfung stark reducirt sind, heben sich nach der Beseitigung derselben allmälig wieder zur Norm.

EMIL MAYER.

4) **J. C. Mulhall. Die Beziehungen der oberen Luftwege zum allgemeinen Gesundheitszustand. (The general health and the upper air passages.)** *N. Y. Med. Journal. 12. November 1898.*

Verf. hat über den Zusammenhang von Erkrankungen der oberen Luftwege und Allgemeinbefinden auf dem 20. Congress der Americ. Laryngol. Association (vergl. p. 538) vorgetragen.

LEFFERTS.

5) **Thos. Bassett Keyes. Behandlung des chronischen Catarrhs. (Treatment of chronic catarrh.)** *Medical Progress. Mai 1899.*

Zur Beseitigung von Verstopfungen durch geschwollenes und hypertrophirtes Gewebe dient der Galvanokauter, die Drahtschlinge und die Milchsäure.

EMIL MAYER.

6) **A. Castex. Die Gicht in den oberen Luftwegen. (L'arthritisme des premières voies respiratoires.)** *Journal des Praticiens. 7. Januar 1899.*

C. giebt einen Ueberblick über die acuten und chronischen Erscheinungen der Gicht im Nasenrachenraum, im Larynx und in der Trachea.

Zur localen Behandlung dienen heisse Gurgelungen und Einstäubungen, Cauterisation der Granulationen etc. Wichtiger ist die Allgemeinbehandlung. Der Verf. hebt die Indication gewisser Thermen hervor. Das Seeklima ist den Gichtikern schädlich wegen seiner Feuchtigkeit, die alkalischen, arsen- oder schwefelhaltigen Quellen sind in manchen Fällen angebracht.

PAUL RAUGÉ.

7) **Frank H. Bosworth. Syphilis der Luftwege. (Syphilis of the respiratory passages.)** *Medical Standard and North American Practitioner. Mai 1899.*

Die sogen. scrophulösen Geschwüre sind nach Verf.'s Ansicht unweigerlich syphilitischer Natur, bedingt theils durch hereditäre Lues, theils durch in frühem Alter erworbene.

EMIL MAYER.

8) **J. B. Taulbee. Entfernung von Fremdkörpern aus dem Athmungstractus. (Removal of foreign bodies from the respiratory tract.)** *Medical Progress. Februar 1899.*

Verf. verlangt die complete Anästhesirung, ehe man zur Extraction schreitet; die Vermeidung der sensitiven Stellen beim Untersuchen; das stete Bereitsein zur Ausführung der Tracheotomie, schliesslich nach Vollendung der Operation die Inversion des Patienten.

EMIL MAYER.

9) **B. Fränkel** (Berlin). **Zur Prophylaxe der Tuberculose.** *Berl. klin. Wochenschr. 2. 1899.*

Die Untersuchungen Flügge's haben gezeigt, dass die Lehre Cornet's, wonach vorzüglich durch Verstäubung eingetrockneten phthisischen Sputums Tuberkelbacillen in die Luft gelangten, irrig ist. Aus bacillenhaltigen Flüssigkeiten gelangen vielmehr in minimalen, durch kleinste Luftbewegungen leicht fortführbaren Tröpfchen, die sich bei jeder stärkeren Bewegung der Flüssigkeit bilden, stets reichlich Bacillen in die Luft. Daraus ergiebt sich, dass ebenso sehr oder noch mehr, wie das eingetrocknete Sputum das feuchte Sputum und die Mundflüssigkeit, die beim Sprechen, Räuspern, Husten verspritzt wird, eine beachtenswerthe Infectionsquelle für die Tuberculose darstellen. Die Prophylaxe der Tuberculose wird durch diese Erkenntniss nicht vereinfacht, sondern erheblich erschwert. Fr. schlägt vor, die Mundflüssigkeit der Phthisiker dadurch unschädlich zu machen, dass man sie eine von ihm nach dem Muster der Chloroformmaske Schimmelbusch's construirte Maske tragen lässt. Daneben sind die sogenannten „kleinen Mittel“ (Gewöhnung der Phthisiker, sich regelmässig und gründlich auszuhusten, beim Husten den Mund zu bedecken etc.) nicht zu vergessen.

ZARNIKO.

10) **G. Cornet** (Berlin). **Die Infectionsgefahr der Tuberculose.** *Berliner klin. Wochenschr. 11/12. 1899.*

Verf. ist es durch eine neue, den natürlichen Verhältnissen möglichst genau angepasste Versuchsanordnung gelungen, bei Meerschweinchen nach Inhalation trocken verstäubten tuberkelbacillenhaltigen Sputums Lungen- und Bronchialdrüsentuberculose hervorzurufen. Er hält demnach seine bekannten Thesen den Behauptungen Flügge's gegenüber aufrecht, will die bisherige Prophylaxe fortgeführt wissen und weist den Vorschlag B. Fränkel's, hustende Phthisiker zum Tragen einer Schutzmaske zu veranlassen, als undurchführbar und nahezu nutzlos zurück.

An die Vorträge B. Fränkel's und Cornet's schloss sich in der Berliner medicinischen Gesellschaft eine sehr eingehende, über 3 Sitzungstage [22. Febr., 1. März, 8. März] ausgedehnte Discussion, die in der Berlin. klin. Wochenschrift. 1899. No. 12—13 nachgelesen werden mag.)

ZARNIKO.

11) **J. Silfast. Die Wirkung der Streptokokken und ihrer Toxine auf die Lungen.** *Ziegler's Beitr. z. pathol. Anat. XXV. 1. 1899.*

Die Lungen von Kaninchen sind gegen die Einwirkung lebender Streptokokken relativ widerstandsfähig, ihr Angriff wird erleichtert durch ein anderes die Widerstandsfähigkeit dieses Organs herabsetzendes Moment. Der pathologische Process beginnt mit Auswanderung polynucleärer Leucocyten und Desquamation des Alveolenepithels in Verbindung mit Exsudation einer coagulirenden Flüssigkeit; es entstehen diffuse oder herdförmig angeordnete Entzündungen.

A. ROSENBERG.

12) **Betz** (Heilbronn). **Die Aspiration pulverförmiger Medicamente in die oberen Luftwege.** *Memorabilien. XLII. 2. 1899.*

Betz bediente sich zur Behandlung mancher Rachen- und Kehlkopfkrank-

heiten der Methode von Leduc, durch Glasröhren pulverförmige Substanzen aspiriren zu lassen. Borax leistete z. B. gute Dienste bei zähem, klebrigem Auswurf, Orthoform anästhesirte bei Larynxtuberculose, über Dyodoform sind die Erfahrungen noch nicht zahlreich genug.

SEIFERT.

13) **A. Mc Gregor. Paraldehyd bei Asthma. (Paraldehyde in asthma.)** *Lancet. 11. Februar 1899.*

Verf. hat 11 Fälle mit diesem Mittel erfolgreich behandelt und gab Abends beim Schlafengehen 0,875 g.

ADOLPH BRONNER.

14) **Frese. Ueber die therapeutische Anwendung des Jodipins bei Asthma bronchiale und bei Emphysem.** *Münch. med. Wochenschr. No. 7. 1899.*

Das Jodipin, eine chemische Verbindung von Jod mit Fett, wurde in der Dosis von täglich 2—3 Theelöffel voll gegeben, und zwar bei 6 Kranken mit Bronchialasthma, in 7 Fällen von asthmatischen Beschwerden bei chronischen Erythemen und Bronchitis. Die Erfolge waren sehr befriedigend, zumal bei Asthmatikern die Anfälle länger ausblieben, als bei dem Gebrauch von Jodkali.

SCHECH.

15) **Maurice Mignon. Anatomisch-klinische Untersuchung des Athemapparats und seiner Adnexe mittelst Röntgenstrahlen. (Etude anatomo-clinique de l'appareil respiratoire et de ses annexes par les rayons de Röntgen.)** *Gazette des Hôpitaux. No. 12. 1898.*

Die neue Untersuchungsmethode ist anwendbar für:

1. die Veränderungen an den Knochen und die Fremdkörper der Nase;
2. die Fremdkörper der Kieferhöhle;
3. die Verdickungen der Kehlkopfknorpel und die Fremdkörper des Larynx;
4. die tracheo-bronchialen Drüsenaffectionen;
5. die verschiedenen Affectionen der Lunge und der Pleura.

PAUL RAUGÉ.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Jonathan Wright. Vergleich des erectilen Gewebes in der Nasenschleimhaut beim Stiere und beim Ochsen. (Comparison of the erectile tissue in the nasal mucous membranes of a bull and a bullock.)** *N. Y. Medical Journal. 12. November 1898.*

Ausführlichere Mittheilung eines auf dem 20. Congress der American Laryngological-Association gehaltenen Vortrags. Der Verf. erinnert daran, dass über einen directen physiologischen Zusammenhang zwischen der Thätigkeit des erectilen Gewebes in der Nase und der sexuellen Erregung viel geschrieben worden ist. Besonders die Arbeiten von Mackenzie und Fliess beschäftigen sich mit dieser Frage. Der Verf. hat nun Untersuchungen an verschiedenen Thierarten angestellt, ob die Castration der jungen Thiere einen Einfluss auf die

Entwickelung des erectilen Gewebes in der Nase hat. Ueber die Resultate dieser makroskopischen und mikroskopischen Untersuchungen muss das Original nachgelesen werden. Besonders interessant sind 2 Präparate von einem jungen Stier und einem castrirten Ochsen von nahezu demselben Alter. Bei diesen Thieren liegt fast das gesammte erectile Gewebe am Septum, an dessen hinterer Hälfte, angehäuft, die Wände der cavernösen Sinus sind ausserordentlich musculär. Die verschiedene Dicke dieses Gewebes bei dem castrirten und dem nicht-castrirten Thiere ist ins Auge fallend.

LEFFERTS.

17) **Noquet** (Lille). **Subjective Parosmie. (Parosmie subjective.)** *Soc. centrale de médecine du Nord. 9. December 1898.*

Patient litt an einer perversen Geruchsempfindung, alles nahm den Geruch faulen Fleisches an.

Lineäre Cauterisation der hypertrophischen unteren Muschel liess das Symptom verschwinden.

Verf. zögert, die Parosmie mit der Muschelhypertrophie in causalen Zusammenhang zu bringen; er hält es für möglich, dass der Effect der Therapie ein suggestiver war.

PAUL RAUGÉ.

18) **J. L. Goodale. Eine neue Methode zur operativen Verbesserung der übertriebenen römischen Nase. (A new method for the operative correction of exaggerated roman nose.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 2. Februar 1899.*

Durch intranasale Operation werden die überschüssigen Partien des Septums entfernt, dann die Nasenknochen von ihrer maxillaren Verbindung gelöst, der knöcherne Kamm der Nase herabgedrückt, bis er dem neugebildeten oberen Septumrand aufliegt und schliesslich die seitlichen Wände fracturirt und herabgedrückt.

EMIL MAYER.

19) **Joseph D. Bryant. Operation zur Verbesserung einer Deformität der Nase. (Operation for relief of deformity of nose.)** *N. Y. Medical Record. 4. März 1899.*

Der Pat. hatte eine angiomatöse oder angio-sarcomatöse Geschwulst auf der Nase, die dieselbe zu einer unförmigen, bläulichen Masse verunstaltete. Diese wurde abgetragen und die granulirende Fläche mit transplantirten Hautstückchen bedeckt.

LEFFERTS.

20) **W. W. Keen. Correction einer getheilten Nase. (Deformity of bifid nose corrected.)** *New Orleans Med. and Surg. Journal. Juni 1899.*

Incision in der Mittellinie, Abtragung des Gewebes zwischen Haut und Knorpel und Vernähung.

EMIL MAYER.

21) **W. Moore** (Melbourne Victoria). **Drei Fälle von plastischer Nasenoperation. (Three cases of plastic nasal surgery.)** *Intercolonial Med. Journal of Austral. 20. Juni 1899.*

In zwei Fällen wurde eine ausgebreitete Deformirung durch die combinirte Verwendung der Thiersch'schen Transplantation und von Lappen aus der Stirn

geheilt. Im dritten Falle, einer Sattelnase, die durch Unfall entstanden war, wurde eine Silberplatte eingelegt. Der Arbeit sind die Photogramme der Patienten beigegeben.

A. J. BRADY.

22) **Gilbert Geoffroy Cottam. Rhinoplastik nach dem Lappen-Spaltungs-Princip. (Rhinoplasty by an adaptation of the flap-splitting principle.)** *Laryngoscope. Juni 1899.*

Kurze Schilderung eines von C. nach dieser Methode operirten Falles.

EMIL MAYER.

23) **John O. Roe. Die Correction nasaler Deformitäten durch subcutane Operation. (The correction of nasal deformities by subcutaneous operation.)** *The American Medical Quarterly. Juni 1899.*

Eine detaillirte Beschreibung der Operation.

EMIL MAYER.

24) **Abbott Anderson. Ein interessantes Stück nasaler Chirurgie. (An interesting bit of nose surgery.)** *Lancet. 11. März 1899. N. Y. Medical News. 8. April 1899.*

Es handelt sich um einen Koch, der beim Schärfen eines Messers sich die Nasenspitze abgeschnitten hatte. Der Patient erschien beim Verf. ohne die Spitze und ein Bote wurde nach der Küche geschickt, dieselbe zu suchen. Derselbe brachte auch bald das 1 Zoll lange und $^1/_2$ Zoll breite Stück, das in warmer Borsäure gewaschen und dann mit feiner Seide angenäht wurde. Dasselbe war 35 Minuten abgetrennt gewesen. Die Nasenspitze wurde die ersten 4 Stunden mit heissen Borsäure-Compressen bedeckt gehalten und später durch einen dicken trockenen Verband geschützt und warm gehalten. Die Wunde heilte per primam.

LEFFERTS.

25) **M. Hartwig. Ein weiteres Stück nasaler Chirurgie. (Another bit of nasal surgery.)** *N. Y. Med. News. 29. April 1899.*

H. berichtet über einen ganz ähnlichen Fall (vergl. voriges Referat). Ein 6 jähriger Knabe hatte sich beim Herausgucken durch eine zerbrochene Fensterscheibe die Nasenspitze abgeschnitten. Dieselbe fiel in den Keller, wurde gesucht, gewaschen und erst nach mindestens 20 Minuten angenäht. Sie wurde mit einer dünnen Lage in Aristolcollodium getränkter Watte bedeckt und heilte per primam an. Ein paar Jahre blieb die Nasenspitze geröthet; jetzt sieht sie ganz natürlich aus.

LEFFERTS.

26) **G. D. Murray. Ausschläge im Gesicht als Folge nasalen Druckes. (Eruptions of the face due to nasal pressure.)** *N. Y. Medical Record. 25. März 1899.*

Zu den zahlreichen bekannten Reflexneurosen durch nasale Verstopfung fügt M. eine neue bisher nicht bekannte hinzu, das ist der Gesichtsausschlag.

Die Hautkrankheiten im Gesicht sind durch specifische Bakterien und Pilze verursacht, durch Secretionsanomalien, durch entzündliche Vorgänge, congenitale Anomalien und schliesslich duch Reflexvorgänge infolge von nasalem Druck.

M. giebt die ausführliche Krankengeschichte von 11 Fällen dieser Art. Er

hebt hervor, dass die Hautaffection an der Seite der nasalen Verstopfung zuerst und in höherem Grade erscheint; dass sie erst nach Beseitigung der Stenose verschwindet und zwar zuerst auf der gegenüberliegenden Gesichtsseite.

LEFFERTS.

27) **Carl Seiler. Eruptionen im Gesicht infolge von nasalem Druck. (Eruptions of the face due to nasal pressure.)** *N. Y. Med. Record. 6. Mai 1899.*

Verf. betont, dass es falsch ist, die Ausschläge im Gesicht allein auf Reflexwirkung zurückzuführen.

LEFFERTS.

28) **John Mc Lean. Die Behandlung des Nasencatarrhs durch den allgemeinen Praktiker. (The treatment of nasal catarrh by the general practitioner.)** *Northwestern Lancet. 15. April 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

29) **Wadsworth Warren. Acute Rhinitis. (Acute rhinitis.)** *Medical Age. 10. Januar 1899.*

Nichts Bemerkenswerthes.

EMIL MAYER.

30) **Permewan** und **Carter. Acute Rhinitis und Allgemeininfection. (Acute rhinitis and general infection.)** *N. Y. Med. Journ. 27. Mai 1899.*

Bericht über eine Reihe von Fällen, in denen acute Rhinitis zu Allgemeininfection Anlass gab und nach Behandlung des nasalen Leidens schnell das Fieber etc. nachliess. In allen dunklen Fällen von Infectionskrankheit soll die Nase untersucht werden.

LEFFERTS.

31) **Purkitt. Gegen Rhinitis. (For rhinitis.)** *Philad. Med. Journal. 7. Jan. 1899.*

Guajacol 4 Theile
Menthol 2 „
Cocain. hydrochl. 1 „
Aqu. camphorat. 120 „
M. D. S. 3 stdl. Als Spray für Nase und Hals.

EMIL MAYER.

32) **Saenger. Gegen acute Rhinitis. (In acute rhinitis.)** *N. Y. Med. Record. 7. Januar 1899.*

Cocain. muriat. 0,2
Menthol 0,1
Sacch. lactis 3,0
M. D. S. In kleinen Mengen in die Nase einzublasen.

LEFFERTS.

33) **Redact. Notiz. Gegen acute Rhinitis. (In acute rhinitis.)** *N. Y. Medical Record. 21. Januar 1899.*

Rp. Acid. carbol.
Aqu. Ammoniae ana 3,75
Alcohol 15,00
Aqu. destill. 10,00
M. D. S. Zum Inhaliren.

LEFFERTS.

34) **Malbec. Eine Mixtur für Coryza. (A mixture for coryza.)** *N. Y. Medical Journal. 25. Februar 1899.*

Rp. Extr. Hyoscyam. 0,135
Kalii jodati
Kalii bicarbon. ana 1,8
Extr. Liquir 4,5
Aqu. Anisat. 108,0
M. D. S. 4 stdl. 1 Theelöffel voll.

LEFFERTS.

35) **Redact. Notiz. Gegen acuten Schnupfen. (For acute coryza.)** *Philad. Med. Journal. 11. März 1899.*

Atropin. sulfur. 0,004
Camphor pulver. 1,44
Codein 0,12
Terpin hydrat. 1,2
M. D. S. In 12 Kapseln zu vertheilen. S. 3 stdl. 1 Kapsel.

EMIL MAYER.

36) **Gilbert J. Cullen. Behandlung der Rhinitis. (Treatment of rhinitis.)** *Medical Mirror. April 1899.*

Nichts Erwähnenswerthes.

EMIL MAYER.

37) **Clarence C. Rice. Der Nasencatarrh bei Kindern; seine Ursache und seine Behandlung. (Nasal catarrh in children; its cause and treatment.)** *N. Y. Med. News. 25. März u. 1. April 1899.*

Man unterscheide bei Kindern den acuten Nasencatarrh vom chronischen, ferner den einfach catarrhalischen vom eitrigen, den hypertrophischen und den atrophischen und, was besonders wichtig ist, den idiopathischen vom symptomatischen. Idiopathisch ist gewöhnlich der acute Catarrh, z. B. der durch Influenza verursachte oder die Coryza, welche die exanthemischen Krankheiten begleitet. Der symptomatische Catarrh besteht bei localen Processen, wie Septumdeviationen, Fremdkörpern, adenoiden Vegetationen u. s. w. Chappell, der 2000 Fälle von nasaler Erkrankung bei Kindern zusammenstellte, fand adenoide Wucherungen bei 60, hypertrophische Gaumenmandeln bei 270, Septumdeviation bei 330, Spinen bei 150, Hypertrophie der unteren Muschel bei 260, Hypertrophie der mittleren Muschel bei 161 u. s. f.

Ueber die Bedeutung der adenoiden Vegetationen verbreitet sich der Verf. in dem zweiten Theil des Artikels besonders. Die Therapie hat darauf zu achten, dass die Passage für die Nasenathmung frei ist; ausserdem wird eine nichtreizende Lösung zur Reinigung der Nase vorgeschrieben, die entzündeten Oberflächen werden mit einem glättenden Oel oder Pulver bedeckt, alles andere besorgt die Heilkraft der Natur.

LEFFERTS.

38) **J. E. Converse. Purulente Rhinitis bei Kindern. (Purulent rhinitis in children.)** *New Albany Med. Herald. Mai 1899. Med. Progress. Mai 1899.*

C. applicirt nach Reinigung der Nase ein Gemisch von Europhen mit Zucker und giebt an, gute Resultate erzielt zu haben.

EMIL MAYER.

39) **W. K. Robinson. Hypertrophische Rhinitis bei weiblichen Patienten in den Pubertätsjahren und der Missbrauch mit der Cauterisation bei der Behandlung derselben. (Hypertrophic rhinitis in female patients at puberty and the abuse of the cautery in the treatment.)** *Journal Amer. Medical Association. 27. Mai 1899.*

R. berichtet über 3 Fälle von atrophischer Rhinitis, die nach seiner Ansicht durch unzweckmässigen Gebrauch des Galvanokauters verschuldet sind.

EMIL MAYER.

40) **H. de Stella. Gonokokkische Rhinitis bei einem Kinde. (Gonococcic rhinitis in an infant.)** *N. Y. Med. Journal. 8. April 1899.*

2 Monat altes Kind, das seit der Geburt an einer Störung der Nasenathmung leidet. Im Naseneiter finden sich reichlich Gonokokken. Der Rhinitis war eine eitrige Augenentzündung vorangegangen, die erst auf sehr energische nnd längere Behandlung vergangen war. Es schloss sich eine Otitis media an; später trat auch eine syphilitische Roseola auf; die Untersuchung ergab, dass der Vater gleichzeitig Syphilis und Gonorrhoe acquirirt und die Mutter inficirt hatte, von der die Krankheiten auf das Kind übertragen wurden.

Lermoyez empfiehlt zur Behandlung der blennorrhoischen Rhinitis Auswaschung der Nase mit gekochtem Wasser und Einblasung von kleinen Mengen folgenden Pulvers:

Argent. nitr. fus. pulverat. 0,18
Talci 9,0

Der Verf. empfiehlt die Nase täglich mit in Protargol-Lösung (1 : 50 bis 1 : 10) getränkten Wattetampons auszuwischen. Während der Zwischenzeit sollen die Eltern 3 mal täglich folgende Salbe in die Nase einstreichen:

Vaselin 13,5
Ac. boric. 1,35
Menthol 0,135

LEFFERTS.

41) **Hagedorn. Chronischer Nasencatarrh. (Chronic nasal catarrh.)** *Dunglison's College and Clinical Record. 15. Mai 1899. Med. Bulletin. Juni 1899.*

H. empfiehlt Massage für hypertrophische Zustände und Xeroformeinblasungen für die Hypersecretion.

EMIL MAYER.

42) **Hagedorn** (Hamburg). **Der Stockschnupfen.** *D. ärztl Praxis. 7. 1899.*

Die Besprechung der Pathologie und Therapie bezieht sich auf den Stockschnupfen *κατ' ἐξοχήν*, auf den chronisch-hypertrophischen Katarrh der Nasenschleimhaut. Unter allen Behandlungsmethoden zieht H. die Bestreichungsmassage vor, die er mit einem Hartgummicatheter vornimmt. Die Dauer der Massagebehandlung ist verschieden, leichte Fälle sind schon nach 6—8 Sitzungen als geheilt zu betrachten, schwere erfordern auch 30—40 Sitzungen. Meist geschehen diese täglich.

SEIFERT.

43) **P. J. Leonard. Chronischer Nasencatarrh. (Chronic nasal catarrh.)** *The Medical Herald. Juni 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

44) **Gerber. Fibrinöse Rhinitis. (Fibrinous rhinitis.)** *Canadian Practitioner and Review.*

Die nicht-diphtheritische fibrinöse Rhinitis nimmt in 2—3 Wochen einen günstigen Verlauf, indem sie selten andere Schleimhäute afficirt. EMIL MAYER.

45) **Lacoarret. Fibrinöse oder pseudomembranöse Rhinitis. (Rhinite fibrineuse ou pseudomembraneuse.)** *Annales de la Policlin. de Toulouse. Januar 1899.*

Verf. theilt 2 Fälle von pseudomembranöser Rhinitis mit. Fall 1 betrifft ein Kind von 9 Jahren. Die diphtheritische Natur des Leidens wurde offenbar nicht durch die bakteriologische Untersuchung, sondern dadurch, dass die Schwester des Knaben eine schwere diphtheritische Angina bekam, festgestellt. In der Schule, die der Knabe besuchte, erkrankten mehrere Kinder an Diphtherie.

Fall 2 betrifft ein Mädchen von 10 Jahren. Die Pseudomembranen waren sehr dick und enthielten nur den Staphylococcus aureus. Heilung innerhalb 15 Tagen.

L. betont, dass jede fibrinöse Coryza suspect ist; mag sie für den Kranken selbst auch benigne sein, so kann sie doch für seine Umgebung höchst infectiös werden. A. CARTAZ.

46) **J. Price-Brown. Nicht-diphtheritische pseudomembranöse Rhinitis. (Non-diphtheritic pseudomembranous rhinitis.)** *Journal American Medical Assoc. 6. Mai 1899.*

Diese Krankheit kommt vor und wenn sie auch recht selten ist, so ist sie doch wahrscheinlich ebenso häufig, als die primäre Diphtherie der Nase. Gewöhnlich kann man sie schon aus klinischen Gründen von der genuinen Diphtherie unterscheiden. Bis aber die bakteriologische Untersuchung gemacht ist, erscheint die Isolirung doch geboten. EMIL MAYER.

47) **Arslan** (Padua). **Ein letztes Wort über Rhinitis purulenta caseosa. (Un' ultima parola sulla rinorrea purulenta caseiforme.)** *Bolletino per Malatt. Orecch. Gola e del Naso. Florenz. April 1899.*

Verf. theilt 2 neue Fälle mit als Stütze für die jetzt allgemein angenommene Ansicht, dass die Rhinitis caseosa nur ein Symptom verschiedenartiger Complicationen ist und nicht eine besondere Krankheit, wie Cozzolino, Wagner, Duplay u. s. w. behaupten. Verf. hat bereits früher die Behauptung Guarnaccia's als unrichtig nachgewiesen, dass die käsige Rhinitis von einem specifischen Mikroorganismus (Streptothrix alba) bedingt sei.

In A.'s erstem Falle war die Verkäsung durch ein Empyem der linken Kieferhöhle mit Nasenverstopfung durch ein Osteom der Nasenscheidewand verursacht. Im zweiten Falle hatte sich der käsige Eiter um eine Glasperle angehäuft, nachdem dieser Fremdkörper zu einem grossen Abscess der Nasenscheidewand geführt hatte. Verf. behauptet, dass in allen seinen Fällen von Empyem der Kieferhöhle Caries der Zähne den Ausgangspunkt bildete, und dass die Verstopfung der Nasenhöhle von vorn ein wichtiger Factor ist für die Entstehung der käsigen Massen.

JAMES DONELAN.

48) **Adolfo Fasano. Eine locale Application für nasale Geschwüre bei Ozaena. (A local application for nasal ulcers in ozaena.)** *N. Y. Medical Journal. 9. Januar 1899.*

Verf. empfiehlt auf die mehr oder weniger tiefen Ulcerationen, die man bei alter Ozaena findet, folgende Lösung zu appliciren:

Aristol 9,0
Collodium 72,0
Ol. castor 9,0.

M. D. S. Täglich mit Wattebäuschen aufgetragen. LEFFERTS.

49) **Ferrari. Kreosot bei Ozaena. (Creosote in ozaena.)** *N. Y. Med. Journal. 25. Februar 1899.*

Rp. 1. Creosot
Glycerin zu gleichen Theilen.
2. Creosot 4,5
Alkohol (70 pCt.) 9,0
Glycerin 36,0.

Die beiden Lösungen sind je einen Tag um den andern (also täglich eine) zu appliciren. Wenn erforderlich, wird die Cur mit dem Galvanokauter vervollständigt. LEFFERTS.

50) **L. von Schrötter. Ozaena. (Ozaena.)** *N. Y. Med. Record. 4. März 1899.*

Kali jodati 0,5
Jodi puri 0,3
Glycerin 40,0.
S. zur localen Application. LEFFERTS.

51) **Hamm. Die Behandlung der Ozaena mit Citronensäure.** *Münchner medic. Wochenschr. No. 15. 1899. N. Y. Medical Journal u. N. Y. Medical News. 20. Mai 1899.*

Nach Ausspülung der Nase wird 3mal täglich Citronensäure mit gleichen Theilen Milchzucker als Pulver eingeblasen, der Fötor verschwindet und bei dauerndem Gebrauche tritt auch eine Secretionsverminderung ein; ein Specificum freilich ist das Mittel nicht. SCHECH.

52) **Richards. Formaldehyd bei atrophischer Rhinitis. (Formaldehyde in atrophic rhinitis.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 24. Juni 1899.*

R. nimmt 5—10 Tropfen Formaldehyd auf 250 Wasser nach vorheriger Reinigung und Cocainisirung der Nase zur Spülung. EMIL MAYER.

53) **Mc Bride. Kupfer-Electrolyse bei der Behandlung der Ozaena. (Cupric electrolysis in the treatment of ozaena.)** *N. Y. Med. Journ. 15. April 1899.*

Verf. beschreibt die Methodik der Elektrolyse und die Erfolge, die er mit derselben erzielt hat. Von 8 Fällen wurden 4 practisch geheilt, d. h. der Fötor

schwand, wenn auch die Atrophie blieb; ein Fall wurde erheblich gebessert, einer vorübergehend gebessert, die zwei letzten nur wenig und für ganz kurze Zeit gebessert.

LEFFERTS.

54) **Sarremone. Frühdiagnose der syphilitischen Gummata der Nase. (Diagnostic précoce des gommes syphilitiques du nez.)** *Arch. internat. de laryngol. etc.*

Verf. berichtet über 3 Fälle von tertiären Erscheinungen in der Nase und betont die Bedeutung des Schmerzes für die Diagnose.

E. J. MOURE.

55) **Ripault. Zur Behandlung des Lupus der Nase. (A propos du traitement du lupus du nez.)** *Annales des malad. de l'or. No. 1. Januar 1899.*

R. bedient sich abwechselnd der Curette und des Thermokauters. Der letztere muss breit und tief gebraucht werden; um das kranke Gewebe herum wird noch ein Kranz von Einstichen gesetzt.

E. J. MOURE.

56) **Eduard Lang. Operationsresultate bei Nasenlupus. (Results of operation on nasal lupus.)** *Laryngoscope. Juni 1899.*

Verf. operirte 8 Fälle. Von 7, über die er berichtet, verschwanden 2. Bei 2 trat ein Recidiv ein, bei einem an der ursprünglichen Stelle, beim zweiten etwas entfernt. In 3 Fällen trat kein Recidiv ein; dieselben sind jetzt 15 Monate bis $3^1/_2$ Jahr geheilt.

EMIL MAYER.

57) **T. A. de Blois. Submucöse Operationen an der Nasenscheidewand mit Erhaltung der Schleimhaut. (Submucous operations on the nasal septum with attempts of membrane grafting.)** *N. Y. Med. Journal. 8. October 1898.*

Wiedergabe eines auf dem 20. Congress der Americ. Laryngol.-Association gehaltenen Vortrags. Verf. beschreibt seine Operationsmethode. Er löst die Schleimhaut über der Spina oder Deviation erst ab und klappt sie nach oben, ehe er mit der Säge den vorspringenden Knorpel- oder Knochentheil entfernt. Zum Schluss wird der Lappen heruntergeschlagen und mit Collodium befestigt. Die Heilung vollzieht sich natürlich viel schneller, als wenn man die Fläche granuliren lässt.

LEFFERTS.

58) **J. Payson Clark. Sarcom der Nasenscheidewand. (Sarcoma of the nasal septum.)** *N. Y. Med. Journal. 7. Januar 1899.*

Verf. stellt die in der Literatur vorhandenen Fälle zusammen und berichtet über eine eigene Beobachtung.

LEFFERTS.

59) **W. E. Casselberry. Ergänzender Bericht über einen Fall von Nasenfibrom. (A case of nasal fibroma; a supplementary report.)** *N. Y. Medical Journal. 5. November 1898.*

Verf. stellt aus der neueren Literatur 11 Fälle von Nasenfibrom zusammen. Von seinem eigenen Falle giebt er weitere klinische Details und berichtet über die mikroskropische Untersuchung, welche die ursprüngliche Diagnose bestätigt. Das

Vorkommen des genuinen Fibroms in der Nase ist nach Allem wohl als selten anzusehen, aber als sicher und unbestreitbar. LEFFERTS.

60) **Urban G. Hitchcock. Der Einfluss der lymphoiden Hypertrophie auf die Epilepsie. (Influence of lymphoid hypertrophy on epilepsy.)** *N. Y. Medical Journal. 5. November 1898.*

In einem auf dem 20. Congress der Americ. Larongol.-Association gehaltenen Vortrage (vergl. Versammlungsbericht) theilt Verf. einen Fall mit, in dem der ursächliche Zusammenhang zwischen der Epilepsie und adenoiden Vegetationen unverkennbar ist. Schon die Häufigkeit dieser im Vergleich zu der Seltenheit jener erweist, dass ein solcher Zusammenhang kein häufiges Vorkommen ist. Immerhin aber existirt er, wie H.'s Fall von Neuem lehrt, und sollte bei der Untersuchung und Behandlung Epileptischer nie ausser Acht gelassen werden.

LEFFERTS.

61) **F. W. Hinkel. Ein Fall von plötzlichem Tod nach der unter Chloroformnarkose vorgenommenen Operation der Adenoiden; mit Bemerkungen über die Narkose bei diesem Eingriff. (Report of a death following immediately an operation for nasopharyngeal adenoids under chloroform, with remarks on chloroform anaesthesia in this operation.)** *N. Y. Med. Journal. 29. October 1898.*

Vortrag, gehalten auf dem 20. Congress der American Laryngological-Association. LEFFERTS.

62) **Arthur A. Bliss. Das Recidiviren adenoider Vegetationen nach ihrer operativen Entfernung. (The recurrence of nasopharyngeal adenoids after operations for excision.)** *N. Y. Med. Journal. 29. October 1898.*

Wiedergabe eines auf dem 20. Congrsss der American Laryngol.-Association gehaltenen Vortrags, über den im Verhandlungsbericht (p. 537) referirt ist.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

63) **R. Offer** (Wien). **Aschenanalyse eines Knochens bei Phosphornekrose.** *Wiener med. Blätter. No. 10. 1899.*

Das Ergebniss der chemischen Analyse spricht dafür, dass die Nekrose nicht auf eine directe Einwirkung der Phosphordämpfe auf das Knochengewebe zurückzuführen ist, sondern dass eine starke chemische Reizung des Periosts dasselbe zum Wuchern und schliesslich zum Verknöchern bringt. CHIARI.

64) **Preindlsberger** (Serajewo). **Ein Fall von Fibroma maxillae superioris.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 3. 1899.*

Dem Alveolarfortsatze des Oberkiefers einer 35jährigen Mohamedanerin sass eine Geschwulst auf, die bei geschlossenem Munde denselben vollständig über-

deckte und auch die Nasenöffnungen comprimirte. Der Tumor war derb, theils von Schleimhaut überkleidet, theils epidermisähnlich mit kleinen oberflächlichen Substanzverlusten, letzteres offenbar von der Nahrungsaufnahme herrührend.

CHIARI.

65) **Th. Deutz** (Utrecht). **Hutchinson'sche Zähne.** *Zeitschrift f. klin. Medicin. XXXVI. 1899.*

Hutchinson legt für die Erkennung der Syphilis hereditaria besonderen Werth auf den Stillstand der Entwickelung des mittleren Tuberkels der permanenten centralen oberen Schneidezähne, die dadurch eine Einkerbung und Verkümmerung erleiden. Das ist aber nach D. nicht richtig, da er solche Zähne auch bei nicht syphilitischen Personen gefunden hat.

Er hält vielmehr die Atrophieen des mittleren Tuberkels der oberen Incisivi für einen phylogenetischen Process; es stellt den Anfang einer Reduction der centralen Schneidezähne dar.

A. ROSENBERG.

66) **Klautsch. Ein Fall von Noma.** *Münch. med. Woch. No. 52. 1899.*

Ein schwächliches mageres Kind, das schon öfters leichte Zahnfleischblutungen gehabt hatte, bekam plötzlich eine zweimarkstückgrosse Schwellung der r. Backe zwischen Mund- und Kieferwinkel, über welcher die Haut leicht geröthet erschien; Lymphdrüsen am Halse geschwellt. Rapider Zerfall nach allen Richtungen, Tod nach 14 Tagen. Welcher Art die Erreger der Krankheit sind — neuerdings macht man auch die Diphtheriebacillen verantwortlich — ist noch nicht sicher eruirt.

SCHECH.

67) **Geo B. Hope. Die Uvula in ihren Beziehungen zu verschiedenen krankhaften Zuständen. (The uvula in its relations to various abnormal conditions.)** *N. Y. Med. Journal. 31. December 1898.*

Abdruck eines auf dem 20. Congress der Amer. Laryng.-Association gehaltenen Vortrags. H. kommt zu dem Schluss, dass weder die Grösse, noch die Form des Zäpfchens bei der Inspection immer einen richtigen Aufschluss geben über die Beziehung, in der dasselbe im gegebenen Falle zu gewissen Reflexsymptomen steht. Subjective und nervöse Veränderungen, die nicht sichtbar sind, spielen bei der Production der in Frage kommenden Sensationen eine grosse Rolle. Die einfach erschlaffte und verlängerte Uvula ohne Hypertrophie des Musc. azygos ist der gewöhnlichste Typus der störenden Uvula. Unter den Reflexsymptomen sind neben dem Husten das Erbrechen zu nennen, ferner die Aura, die dem sogen. Kehlkopfschwindel vorangeht. Die rein nervösen Attacken concentriren sich bekanntlich häufig in der Gegend des Propharynx. Zu erwähnen ist auch in diesem Zusammenhange, dass C. L. Dana eine Herabsetzung des Uvulareflexes als eines der Frühsymptome nervöser Degeneration beschrieben hat.

LEFFERTS.

68) **Henke. Uvuladefect.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 3. 1899.*

Die Uvula kann auch ohne pathologische Veränderungen resp. Ursachen ehlen, wie H. beobachtete.

SCHECH.

69) **Vincent** (Lyon). **Hasenscharte und Gaumenspalte. Urano-Staphylorraphie mit gutem Resultat. (Bec de lièvre. Fissure le la voute palatine. Urano-staphylorraphie. Bon résultat.)** *Société de Chirurgie de Lyon. 22. October 1898.*

Die Hasenscharte wurde operirt, als das Kind 2 Jahre alt war, die Gaumenspalte in diesem Jahre. Das Resultat ist ein sehr zufriedenstellendes; das Kind beginnt jetzt verständlich zu sprechen.

Der Verf. weist auf die Ueberlegenheit der Operation vor allen den theuren und dabei lästigen Apparaten hin. Zur Vermeidung der Blutung empfiehlt V. bei der Operation die Nasenhöhle mit Jodoformgaze zu tamponiren, wodurch gleichzeitig dem restaurirten Gaumen eine Stütze gegeben wird. PAUL RAUGÉ.

70) **Fein** (Wien). **Ueber die Ursachen des Wolfsrachens und der hinteren Gaumenspalten.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 4. 1899.*

Nach F. ist eine häufige Ursache der Gaumenspaltbildungen die Hypertrophie der Rachentonsille; er giebt jedoch zu, dass erst derjenige den vollen Beweis für diese Anschauung erbringen kann, welcher dieses Vorkommniss in den ersten Fötalmonaten constatiren kann. CHIARI.

71) **Tandler** (Wien). **Ueber den Causalnexus zwischen Pharynxtonsille und Gaumenspalten.** Gesellschaft d. Aerzte in Wien, Sitzung vom 27. Januar 1899. *Wiener klin. Wochenschr. No. 5. 1899.*

T. demonstrirt eine Reihe von Präparaten, betreffend die Frage von Uranoschisma und spricht sich gegen den ursächlichen Zusammenhang der Pharynxtonsille und Gaumenspalten aus, stützt sich dabei auf die Thatsache, dass zwischen dem vollständigen Verschluss der Gaumenspalten und der ersten Entwickelung der Rachentonsille ein Spatium von fast 3 Monaten im Embryonalleben liege. CHIARI.

72) **Gutzmann** (Berlin). **Die Darstellung der normalen Bewegungen des Gaumensegels beim Sprechen.** *Medic.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilkunde. April 1899.*

G. hat bei einer Pat., welche wegen Sarkom des Auges mehrfach operirt worden war und durch die Entfernung der knöchernen Seitentheile des Oberkiefers einen bequemen Ueberblick von der leeren Augenhöhle aus über die gesammte Oberfläche des Gaumens bis zum Nasenrachenraum ermöglichte, die Verhältnisse zwischen Tubenöffnung, Rachen und Velum sorgfältig nach dem Leben modellirt und dies auf einen Idealschnitt durch den Kopf übertragen. Diese Modelle sind in doppelter Lebensgrösse ausgeführt und geben die Bewegung des Gaumensegels naturgetreu wieder. SEIFERT.

73) **Levin** (Berlin). **Weitere Mittheilungen über die Betheiligung des weichen Gaumens bei der Stomatitis mercurialis.** *Monatsschr. f. prakt. Dermatologie. XXIX. 2. 1899.*

Zu zwei früher mitgetheilten Fällen von mercuriellen Geschwüren am weichen Gaumen fügt Levin drei weitere hinzu, bei welchen es sich um diese

seltene Localisation handelte, welche unter Umständen grosse differential-diagnostische Schwierigkeiten machen kann. In einem weiteren Fall, in welchem es sich um ein Individuum handelte, das graue Salbe gegen Morpionen angewandt hatte und bei offenbarer Idiosynkrasie gegen Quecksilber sich eine intensive Stomatitis mercurialis zugezogen hatte, beobachtete Levin die gleiche Localisation der mercuriellen Geschwüre am ganzen weichen Gaumen mit theilweiser Betheiligung des harten Gaumens.

SEIFERT.

74) **L. Barbier. Tuberculose mit Perforation des Gaumensegels. (Tuberculose avec perforation du voile du palais.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 20. Januar 1899. N. Y. Med. Journal. 18. März 1899. Americ. Practition. and News. Mai 1899.*

32jährige Frau, nicht syphilitisch, früher stets gesund, bekommt nach einer Grippe im September 1898 Schmerzen im Halse. Im December sucht sie das Krankenhaus auf; an der rechten Mandel wird ein Substanzverlust constatirt, ferner ein Geschwür mit einigen gelblichen Pünktchen an dem rechten vorderen Gaumenbogen und eine Anschwellung der Unterkieferdrüsen. Zuerst wird eine antisyphilitische Behandlung versucht, aber der Zustand verschlechterte sich und im Januar 1899 ist eine etwa linsengrosse Perforation im Gaumensegel vorhanden, die ganz rapide sich entwickelt hat und an deren Rande ebenfalls gelbliche Pünktchen hervorragen. Die Perforation vereinigt sich bald mit dem ersten Ulcus und in Kurzem ist ein Substanzverlust von 1—2 cm vorhanden. Die bacteriologische Untersuchung ergiebt Tuberkelbacillen. Die Patientin wirft nicht aus, die Lunge ist aber suspect. Pat. hat 3 Jahre lang mit einem Phthisiker, der im vergangenen Jahre starb, zusammengelebt. Durch Application 10proc. Milchsäure wird der locale Zustand gebessert.

A. CARTAZ.

75) **Edgar D. Smith. Fünf seltene Fälle von tuberculöser Ulceration des weichen Gaumens und der benachbarten Weichtheile mit Erwähnung anderer Fälle von tuberculöser Ulceration der oberen Luftwege. (Five rare cases of tuberculous ulceration of the soft palate and adjoining soft tissues, with mention of other cases of tubercular ulceration of the upper air-passages.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Februar 1899.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

76) **J. F. Barnhill. Perforationen des harten und weichen Gaumens. (Perforations of the hard and soft palate.)** *The Medical and Surgical Monitor. 25. Juni 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

77) **Jürgen Möller. Ein neuer Gaumenhaken.** *Monatschrift f. Ohrenheilkunde. No. 6. 1899.*

Ist im Original zu lesen.

SCHECH.

d. Diphtheritis und Croup.

78) **J. J. Ferrer. Differentialdiagnose von Diphtherie und membranösem Croup. (Differential diagnosis of diphtheria from membranous croup.)** *Charlotte Med. Journal. März 1899.*

Der membranöse Croup ist weder contagiös noch infectiös; Diphtheriebacillen finden sich nicht bei ihm; der Tod erfolgt durch Erstickung. F. hält deshalb an der Nichtidentität von Croup und Diphtherie fest.

EMIL MAYER.

79) **D. C. Bowen. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Louisville Medical Journal. März 1899. Charlotte Med. Journal. April 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

80) **Henry Koplik. Diphtheritische Angina. (Diphtheritic angina.)** *N. Y. Medical Record. 18. März 1899.*

Jede noch so leichte Angina, bei der Loeffler'sche Bacillen nachgewiesen werden, muss unerbittlich isolirt werden; wenn wir sie auf die Diphtherieabtheilung und unter schwere Fälle verlegen, so thun wir doch nichts anderes, als wenn wir einen leichten Masernfall unter schwere Masern legen und daran hat nie jemand Anstoss genommen.

LEFFERTS.

81) **Lissner** (Berlin). **Ein Fall von diphtheritischer Infection eines Neugeborenen.** *Arch. f. Kinderheilk. 26. Bd. 5. u. 6. H. 1899.*

Ein 19 Tage altes Kind kam in die Poliklinik von L. mit Diphtherie der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. Injection von 800 A. E. Behringserum. Nach 10 Tagen Heilung. Die Diagnose war durch den Nachweis von Diphtheriebacillen gesichert. Nach 3 Wochen linksseitige Augenmuskellähmung, die nach 2 Wochen zurückging. Die Nase war primär erkrankt und erst secundär wurden Pharynx und Larynx ergriffen.

SEIFERT.

82) **Francis E. Park. Ein Fall von diphtheritischer Laryngitis complicirt mit acuter Bronchitis und Bronchopneumonie bei einem 15 Monate alten Kinde; Ausgang in Heilung. (A case of diphtheritic laryngitis supplemented by bronchopneumonia and acute bronchitis in a child fifteen months old; recovery.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 27. April 1899.*

Das Kind wurde intubirt; die Tube blieb 8 Tage liegen. Ausserdem wurden in den ersten 4 Tagen 13000 I. E. Diphtherieserum gegeben. Die Heilung war vollständig.

EMIL MAYER.

83) **N. Englund. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 15. April 1899.*

Rp. Jod. trichlor. 5
Aqu. destill. 500
Saccharin 50.

M. D. S. 10fach mit Wasser verdünnt, 10mal am Tage als Gurgelwasser zu gebrauchen.

Rp. Natr. sozojodol pulv. 5,0,
Sulph. praecip. 15,0.
M. D. S. Nach dem Gurgeln — 10mal täglich — in Nase und Hals zu blasen.

LEFFERTS.

84) **Budwald** (Breslau). **Ueber Diphtheritis und deren Behandlung.** Separ.-Abdruck aus der *Breslauer Statistik. Bd. 17. Heft 3. 1898.*

In den Jahren 1894—1896 wurden im Allerheiligen-Hospital 215 Fälle mit Heilserum behandelt, davon starben 35 Fälle = 16,28 pCt., geheilt wurden 180 = 83,72 pCt. Während 1890—93 noch 57 pCt. zur Tracheotomie kamen, wurden in den Jahren 1894—1896 nur noch 30,86 pCt. zur Tracheotomie bestimmt. Postdiphtherische Lähmung bei den Injicirten wurde in 93 Fällen, Albuminurie in etwa 36,65 pCt., Exantheme in 74 Fällen beobachtet.

SEIFERT.

85) **J. C. J. Bierens de Haan** (Leiden). **Die Erfolge der Serumbehandlung der Diphtherie im Krankenhaus zu Leiden 1894—1899. (De uitkomsten der serumbehandeling van diphtherie aan het Leidsche Ziekenhuis van 1894—1899.)** *Tijdschr. v. Geneesk. II. S. 289. 1899.*

Die Statistik umfasst 224 Fälle; gestorben sind 24 Patienten (11 pCt.); bei 106 Patienten wurde die Tracheotomie gemacht, welche de H. weit mehr liebt als die Intubation. Hauptsache ist, wie früher, bei v. Iterson's Operationsmethode die mechanische Entfernung von Membranen mittelst kleiner Wattetampons, welche an langen gekrümmten Pincetten bis unter die Bifurcatio tracheae geführt werden. Es wurde immer Spronck'sches Serum eingespritzt und wurde die Indication für die Tracheotomie weniger schnell gestellt wie früher. Schädliche Folgen des Serums wurden nicht gesehen. Die erheblich geringere Mortalität der Tracheotomirten ist ein kräftiges Argument für die Wirksamkeit des Serum. Wenn in schweren Fällen 1—4 Tage p. o. die Expectoration sistirt, weil die Pseudomembranenbildung sich bis tief in die Bronchien fortgesetzt hat, so wird von Neuem, nöthigenfalls sogar wiederholentlich, die Reinigung der Luftwege mittelst kleiner Wattetampons vorgenommen, und manchmal in diesen sonst so verzweifelten Fällen Heilung erzielt (16 Mal). Die absolute Anzahl Gestorbener ist bedeutend kleiner geworden, während jedoch die Zahl der behandelten Patienten zugenommen hat.

H. BURGER.

86) **L. B. Anderson. Die Aetiologie, Pathologie und Therapie der Diphtheritis. (The etiology, pathology and therapeutics of diphtheria.)** *Southern Clinic. April 1899.*

Verf. ist gegen das Serum. Er giebt Tct. sanguinariae canadensis in häufigen kleinen Dosen.

EMIL MAYER.

87) **William Cheatham. Die Serumtherapie der Diphtheritis. (The serum treatment of diphtheria.)** *Southern practitioner. März 1899.*

Verf. ist Anhänger der Serumtherapie.

EMIL MAYER.

88) **William Sydney Thayer. Die Serumtherapie der Diphtheritis. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *Philad. Med. Journ. 1. März 1899.*

Der Verf. sagt, dass weniges in der Medicin besser theoretisch und praktisch bewiesen ist, als der praktische Werth des Serums. EMIL MAYER.

89) **Redact. Notiz. Die Erfolge der Serumtherapie bei Diphtheritis in Chicago. (The results in Chicago of the treatment of diphtheria with antitoxin.)** *Philad. Med. Journ. 1. April 1899.*

Die Mortalität der letzten 3 Jahre ist im Vergleich zu den 3 Jahren vor diesen um 43 pCt. herabgegangen. In 4 Monaten betrug die Mortalität unter 418 Fällen nur 4,78 pCt. EMIL MAYER.

90) **Alfred E. Harris. Die Serumtherapie bei Diphtheritis. (The antitoxine treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Joarnal. 1. April 1899.*

Die Mortalität in H.'s Bezirk ist auf 12 pCt. heruntergegangen. Der Verf. vergleicht die 98er Statistik mit der früherer Jahre und kommt zu dem Schluss, dass die Zahlen auf jeden unvoreingenommenen Beurtheiler Eindruck machen müssen. LEFFERTS

91) **W. P. Northrup. Die Serumtherapie der Diphtheritis in New York Foundling Hospital im Jahre 1898. (The serum treatment of diphtheria in the New York Foundling Hospital during 1898.)** *N. Y. Med. News. 29. April 1899.*

103 Patienten mit 13 Todesfällen, d. i. eine Mortalität von $12^1/_2$ pCt. LEFFERTS.

92) **J. von Bokay. Intubation und Serumtherapie. (Intubation and antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 8. April 1899.*

Der Verf. stellt 44 Fälle zusammen, in denen er die Intubation mit der Serumtherapie verbunden hat, und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. der Zeitpunkt der endgültigen Extubation ist nicht innerhalb enger Grenzen beschränkt — er wechselte in meinen Fällen zwischen $^1/_4$ Stunde und 360 Stunden nach der Intubation. 2. Die Durchschnittsdauer der Intubation im Hospital betrug vor der Serumperiode 79 Stunden, während derselben nur 61 Stunden. 3. Da bei 16,2 pCt. meiner geheilten Fälle die Tube länger als 120 Stunden liegen blieb, kann ich der Meinung nicht beipflichten, dass zur Vermeidung von schwerem Decubitus die Tracheotomie gemacht werden muss, wenn der Patient nicht nach 5mal 24 Stunden endgültig extubirt werden kann. LEFFERTS.

93) **Schlesinger. Die Intubation bei der diphtheritischen Larynxstenose in der Privatpraxis.** *Münch. med. Woch. No. 14. 1899.*

Während in Amerika auch viel in der Privatpraxis intubirt wird, glaubt man in Deutschland, diese Methode eigne sich nur für die Behandlung in Krankenhäusern; daran hat bisher auch die Serumbehandlung nichts geändert. Schl. theilt 4 Fälle mit, die in der Privatpraxis unter ungünstigsten Verhältnissen behandelt wurden und günstig verliefen; er empfiehlt also die Methode auch für die Privat-

praxis, zumal eine stetige ärztliche Beaufsichtigung der intubirten Kinder nicht nöthig sei und die Intubation zeitlich den Arzt nicht mehr in Anspruch nehme, als die Tracheotomie.

SCHECH.

94) **Giannettasio** (Sienna). **Intubation des Larynx bei Croup. (La intubazione della Laringe nel Croup.)** *Bolletino d. Malatt. d. Orecchio d. Gola e d. Naso. Florenz. April, Mai 1899.*

Verf. giebt eine historische und statistische Uebersicht über die Intubationsfrage und berichtet eingehend über 9 eigene Fälle, in welchen die Intubation ausgeführt wurde. Von 5 Patienten, die vollständig geheilt wurden, musste bei 2 die secundäre Tracheotomie gemacht wereen. Von den anderen vier ist einer zur Zeit des Berichts von dem localen Leiden zwar hergestellt, aber doch noch in einem kritischen Zustande, da sich eine septische Pneumonie hinzugesellt hat; ein Fall starb an Herzlähmung fast am Ende der Revonvalescenz und 2 starben während der Behandlung durch Adynamie. In allen 9 Fällen war die Serotherapie angewendet worden.

JAMES DONELAN.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

95) **Henry R. Slack. Catarrhalische Laryngitis. (Catarrhal laryngitis.)** *Journ. Americ. Med. Assoc. 6. Mai 1899.*

Verf. bezeichnet mit obigem Ausdruck auch den spasmodischen Croup, bei dem er folgende Mischung verschreibt. Er sagt von derselben, dass die erste Dosis schon Heilung bringt, dass er aber nie unterliess, dieselbe durch eine zweite zu sichern.

Rp. Chloral hydrat. 5,0
Kalii bromat. 3,0
Ammon. bromat. 2,0
Aqu. Cinnamom. 62,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll zu nehmen; event. nach 20 Min. ein zweiter.

EMIL MAYER.

96) **Rice. Catarrhalische Laryngitis. (Catarrhal laryngitis.)** *Western Medical Review. 15. Juni 1899.*

Der Verf. empfielt folgende Inhalationen:

Rp. Pix liquid. 16,0
Alkohol 8,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll auf einen Schwamm zur Inhalation.

Rp. Morphin. sulfur. 0,06
Extr. Hyoscyami 0,3
Glycerin
Alkohol ana 16,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll auf einen Schwamm.

Pulv. Camphor. 12,0
Menthol
Ol. pin. sylvestr. ana 16,0
Ol. Picis 32,0.
M. D. S. 2—10 Tropfen zur Inhalation.
Thymol 1,0
Eucalyptol 1,30
Creosot 8,0
Ol. pin. sylvestr. 16,0
Ol. gaultheriae 4,0.
M. D. S. 2—5 Tropfen zur Inhalation.

EMIL MAYER.

97) **Cieglewicz. Acuter Kehlkopfcatarrh und Pseudocroup. (Acute laryngeal catarrh and pseudo-croup.)** *N. Y. Med. Record. 22. April 1899.*

Rp. Ichthyol 2
Aqu. frigidae 100.

S. Mittelst des Richardson'schen Zerstäubers ein- oder zweimal am Tage 3—5 Minuten lang als Spray zu gebrauchen.

LEFFERTS.

98) **Capitan** (Paris). **Die extra- und endolaryngeale Therapie. (La thérapeutique extra- et endo-laryngée.)** *Médecine Moderne. 8. Februar 1899.*

1. Aeussere Medication.
a) Application heisser Schwämme
b) Pinselung des äusseren Halses mit folgender Mischung:

Chloroform
Alkohol
Aether ana 5,0
Menthol 1,0
Ammoniak 25 gtt.

c) Inhalation von Borwasser, dem 10—20 Tropfen von folgender Mischung zugesetzt sind:

Aqu. destill. 15,0
Cocain. muriat. 0,15
Morphin. hydrochlor. 0,10
Antipyrin 2,0
Kal. bromat. 50.

2. Endolaryngeale Medication. Intralaryngeale Injection einer Lösung von Menthol in Süssmandelöl 15 : 100 oder von Orthoformöl $^1/_5$.

PAUL RAUGÉ.

99) **Didsbury. Zur laryngealen Inhalation. (For laryngeal inhalation.)** *N. Y. Medical Journal. 25. März 1899.*

Tct. benzoin. 3,6
Tct. eucalypt. 3,6
Tct. sapon. 5,4

Aqu. lauroceras. 9,0
Aqu. destill. 225,0.
M. D. S. 2mal täglich 5 Minuten lang zu inhaliren. LEFFERTS.

100) **Uchermann** (Christiania). **Ueber Laryngitis rheumatica circumscripta (nodosa) s. g.** *Norsk. Magazin for Lägevidenskaben. Nov. 1898. S. 1165.*

Verf. bringt in dieser Arbeit seine Auffassung der oben genannten Krankheit, die er auf dem Moskauer Congress bereits beschrieben hat, von Neuem zum Ausdruck. Unter circumscripter rheumatischer Laryngitis versteht er eine selbstständige Krankheit, nicht eine acute Laryngitis, die acuten Gelenkrheumatismus complicirt. Sie steht auf rheumatischem Boden und erzeugt ein eigenartiges Symptomenbild in Form von festen, empfindlichen Infiltraten, die schnell beim Gebrauch von Salicylsäure verschwinden. Die Krankheit ist nicht febril und tritt bei Leuten, die früher Gelenkrheumatismus gehabt haben oder „rheumatisch" sind, auf.

Die Krankheit (Laryngitis rheumatica nodosa sui generis) kann bisweilen mit der gummösen Infiltration des Introitus laryngis verwechselt werden.

SCHMIEGELOW.

101) **Francis Huber. Postlaryngeale Eiterung. (Postlaryngeal suppuration.)** *Pediatrics. 1. Februar 1899.*

Durch Exclusion anderer Affectionen wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf einen entzündlichen Process im Bindegewebe hinter dem Larynx gestellt. In einem Erstickungsanfall wurde eine erhebliche Menge Eiter ausgeworfen; danach trat rasch Besserung und Heilung ein. EMIL MAYER.

102) **Clarence C. Rice. Acute entzündliche Zustände der oberen Luftwege begleitet von Kehlkopfoedem. (Acute inflammatory conditions of the upper air-passages accompanied by laryngeal oedema.)** *N. Y. Medical Journal. 3. December 1898.*

Vortrag, gehalten auf dem 20. Congress der Americ. Laryngol.-Assoc. vergl. den Verhandlungsbericht p. 538). LEFFERTS.

103) **J. R. England. Oedem der Glottis während der Narkose. (Oedema of the glottis during anaesthesia.)** *Montreal Medical Journal. Mai 1899.*

Bei der Darreichung des Narcoticums in einem schweren Falle von Halsphlegmone starb der Kranke plötzlich, während eine Menge fötiden Eiters aus seinem Munde sich entleerte. Die Tracheotomie und künstliche Athmung waren erfolglos. — Der Verf. räth zu früher Operation und macht auf die Gefahren der Narkose in solchen Fällen aufmerksam. EMIL MAYER.

104) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Laryngeale und tracheale Ozaena. (Laryngeal and tracheal ozaena.)** *Austral. Med. Gazette. 20. Juni 1899.*

H. stimmt mit Luc dahin überein, dass die Krusten sich in Larynx und Trachea primär bilden und nicht von der Nase heruntersteigen. Er erzielte erhebliche Besserung durch tägliche Application einer 30proc. Lösung von Phenol. sulforicinic. und Injection von Menthol und Guajacol in flüssigem Albolen.

A. J. BRADY.

105) **A. A. Gray** (Glasgow). **Bericht über einen Fall von Mykosis des Larynx. (Mycosis of the larynx, with notes of a case.)** *Glasgow Medical Journal. März 1899.*

Der Fall, über den G. berichtet, ist einzigartig durch die Beschränkung der Mycose auf den Larynx.

32jähriger Mann, seit vielen Jahren heiser, seit einigen Monaten über Trockenheit im Halse und schnelles Ermüden beim Sprechen klagend. Vor 10 oder 12 Jahren hat er einen Gelenkrheumatismus durchgemacht; keine Syphilis; keine Gewichtsabnahme in den letzten Jahren; kein Husten; auf den Lungen physikalisch nichts nachweisbar.

Die Untersuchung des Larynx ergiebt: links erhebliche Schwellung, besonders an den hinteren Partien und an den Plicae ary-epiglottica. Am stärksten ist die Schwellung über dem linken Aryknorpel, an dessen oberen Theil eine kleine weisslich-graue Verfärbung der Oberfläche besteht, die wie ein Ulcus aussieht. Das linke Stimmband ist fixirt. Die rechte Kehlkopfhälfte erscheint normal.

Zweimal wird ein Stück von der geschwollenen Partie entfernt und untersucht. Es finden sich keine Tuberkelbacillen, dagegen reichliche Leptothrixfäden. Eine weissliche Masse lässt sich aus dem excidirten Gewebe herausquetschen, die fast ganz aus Leptothrix besteht. Mund, Rachen und Nasopharynx sind frei von Leptothrix.

Kreosot- und Menthol-Inhalationen wurden nach einander angeweudet, eine kurze Zeit auch Jodkali. Innerhalb $3^1/_2$ Monaten verschwand die Schwellung, das linke Stimmband aber blieb fixirt. Der Verf. ist geneigt, das fixirte Stimmband mit dem früheren Gelenkrheumatismus in Verbindung zu bringen, so dass es mit der Mykose gar nichts zu thun hat.

A. LOGAN TURNER.

106) **W. Freudenthal. Chronische Urticaria des Kehlkopfs. (Chronic urticaria of the larynx.)** *Medical Bulletin. Mai 1899.*

F. berichtet über einen Fall dieser Art. Die einzige Therapie, die einen gewissen Werth zu haben schien, war die intralaryngeale Injection von 20 pCt. Mentholöl.

EMIL MAYER.

107) **Sarremone. Syphilitischer Schanker des Kehlkopfs. (Syphilitic chancre of larynx.)** *Medical Review. 24. Juni 1899.*

S. theilt einen Fall von Schanker am rechten Taschenbande mit späterer Adenitis und Roseola mit.

EMIL MAYER.

108) **von Zander** (Berlin). **Lungenspitzencatarrh und Ulcera laryngis.** *Berliner klin. Wochenschr. 8. 1899.*

Demonstration eines durch Tuberculin R. ausserordentlich günstig beeinflussten Falles.

ZARNIKO.

109) **John O. Roe. Frühdiagnose der Tuberculose aus dem laryngoskopischen Bilde. (Early diagnosis of tuberculosis by the laryngoscopic picture.)** *N. Y. Medical Record. 13. Mai 1899.*

Die laryngoskopische Untersuchung ist für die Frühdiagnose der Lungen-

tuberculose hervorragend wichtig. Das eigenartige anämische Verhalten des Larynx und das ganze Aussehen seiner Schleimhaut weisen oft auf Lungentuberculose hin, lange bevor Bacillen im Sputum oder physikalische Zeichen am Thorax nachweisbar sind.

LEFFERTS.

110) **W. F. Chappell. Die Kehlkopftuberculose im Loomis-Sanatorium. (Laryngeal tuberculosis at the Loomis sanitarium.)** *N. Y. Medical Journal. 10. September 1898.*

Vortrag, gehalten auf dem 20. Congress der American Laryngological-Association; vergl. den Verhandlungsbericht (d. Heft S. 534).

LEFFERTS.

111) **Kassel. Zur Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 6. 1899.*

K. empfiehlt gegen Schluckschmerz Orthoform, besonders aber eine 10 proc. Lösung von Nicronin; um die Lösungen des letzteren haltbarer zu machen, setzt K. einer Lösung von 1,0 : 100,0 Wasser noch 0,1 Acid. salicyl. zu.

SCHECH.

112) **Freudenthal. Die Behandlung der Dysphagie und des Hustens speciell bei Tuberculose.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 3. 1899.*

Die Resultate des Curettement waren bald günstig, bald ungünstig, indem die Dysphagie nicht verschwand. Sehr empfehlenswerth ist dagegen das Orthoform, welches die Schluckschmerzen von wenigen Stunden bis zu zwei Tagen beseitigt. Freudenthal wendet es an als Pulver 4,0 mit Menthol 2,0 und Stereat. zinc. 4,0 an oder auch als Emulsion (Menthol 60,0, Ol. amygd. dulc. 30,0, Vitelli ovor. 30,0, Orthoform 12,5, Aq. destill. ad 100,0), welche mit der Kehlkopfspritze applicirt wird. Gegen Husten ist das Heroin ein vorzügliches Mittel; da dasselbe aber oft Stuhlverstopfung macht, so verordnet Fr. es in Tablettenform mit Extract. Cascar. sagr. 0,03. Die Phototherapie wandte Fr. vielfach an mit einem ursprünglich für die Durchleuchtung des Kehlkopfes construirten Apparate, der im Original abgebildet ist und erzielte in einigen Fällen recht günstige Erfolge.

SCHECH.

113) **E. L. Shurly. Bericht über die chirurgische Behandlung von Lupus und Tuberculose des Larynx im Zusammenhang mit der Tracheotomie. (A note on the surgical treatment of lupus and tuberculosis of the larynx in connection with tracheotomy.)** *N. Y. Med. Journal. 10. September 1898.*

In jedem Falle von Lupus oder Tuberculose des Larynx, in dem die Läsionen so ausgebreitet oder derart gelegen sind, dass eine chirurgische Behandlung am Platze ist, macht Verf. vor jedem anderen Eingriff die Tracheotomie. Die vorherige Einführung der Canüle erweist sich als sehr werthvoll. Man gewinnt Zeit und Ruhe zum Operiren und vermeidet die Störungen, die sonst so oft durch Spasmen, Blutungen oder Schwellungen nach den verschiedenen Eingriffen eintreten.

LEFFERTS.

114) **G. Brat** (Amsterdam). **Lupus des Kehlkopfes. (Lupus van het Strotten hoofd.)** Diss. Amsterdam, J. H. de Bussy. 1899.

In dieser sorgfältig bearbeiteten Dissertation wird hauptsächlich der Kehlkopflupus in seiner Beziehung zu den übrigen tuberculösen Larynxaffectionen einerseits und zu den tuberculösen Hautleiden andrerseits studirt. Nach einem Ueberblick über die tuberculösen Erkrankungen der Haut beschreibt Verf. seine eignen Beobachtungen, nämlich 5 Fälle von primärem Kehlkopflupus, die er in Ref.'s Poliklinik untersucht hat, sowie 4 Fälle von secundärem Larynxlupus aus dieser und der Posthumus Meyes'schen Poliklinik.

Aus der Literatur hat er 114 genügend detaillirt beschriebene Fälle von secundärem Larynxlupus zusammengetragen und bespricht er an der Hand dieser von ihm analysirten Krankengeschichten die Symptomatologie. Das Leiden beginnt fast regelmässig am Aditus laryngis; der Kehldeckel ist fast constant ergriffen. Die Plicae ary-epliglotticae waren in 45 pCt., die Regio interarytaenoidea in 42 pCt. der Fälle erkrankt.

Die Regio subglottica ist nur sehr selten mitleidend. Perichondritis kommt am häufigsten am Kehldeckel vor. In 44 pCt. der Fälle bestanden grössere Defecte dieses Knorpels. Dagegen ist Erkrankung der anderen Kehlkopfknorpel sehr selten.

Subjective und functionelle Störungen fehlen oft vollständig und wird das Larynxleiden oft bei zufälliger laryngoskopischer Untersuchung entdeckt.

Unter seinen 114 Fällen waren Stimmstörungen in 53 pCt., Athemstörungen in 26 pCt., Schluckbeschwerden in 20 pCt. vorhanden, allein der wirkliche Procentsatz dieser Symptome beim Larynxlupus muss natürlich bedeutend niedriger sein.

Halsschmerzen, Husten und Expectoration werden als Folgen von Kehlkopflupus nur ausnahmsweise angegeben.

Oft treten die Symptome des concomittirenden Rachen-, Mund- oder Nasenlupus in den Vordergrund des klinischen Bildes. Der Verlauf der Leidens ist ein äusserst langsamer und wird dasselbe in dieser Hinsicht nur von der Lepra, mitunter vielleicht auch vom Scleroma übertroffen. Sein Wesen ist aber progressiv und ist die Prognose, auch diejenige der Stimmstörung, ungünstig. Die Abschnitte über die Histologie und die Pathogenese seien hier nur erwähnt.

Vom primären Larynxlupus hat Verf. 16 genügend detaillirt beschriebene Fälle in Tabellenform zusammengetragen. [Isambert, Ziemssen, Haslund, Obertüschen, Block, Garré, Longie, Moritz, Garel, Burger (2), Bartz, Brondgeest, Heymann, Rubinstein, Mayer.] Die Besprechung dieses Abschnittes führt zu dem Schlusse, dass der primäre Larynxlupus mit dem secundären im Wesen, im klinischen Bilde und im Verlaufe vollständig übereinstimmt.

In einem kurzen aber interessanten Capittel bespricht Verf. die übrigen tuberculösen Krankheiten des Kehlkopfes und kommt zu dem Schluss, dass neben denselben der Lupus als selbstständiges klinisches Bild zu Recht

besteht. Uebrigens vertheidigt er die Analogie der drei Hauptformen von Larynxtuberculose mit den Hauptformen der tuberculösen Hautleiden: des Kehlkopflupus mit dem Lupus vulgaris cutis, der Tuberculosis laryngis ulcerativa mit der Tuberculosis cutis ulcerativa, der Scrophulomucosa laryngis (Tumor laryngis tuberculosus) mit der Scrophuloderma.

Die letzten zwei Capittel sind der Diagnose und der Therapie gewidmet.

H. BURGER.

115) **C. T. Hansen** (Kopenhagen). **Lepra tuberosa ulcerosa.** Verhandlungen d. dänischen dermatol. Gesellsch. — *Hospitals-Tidende. S. 633. 1899.*

Ein 57 jähriger Mann aus Schweden wurde mit den Symptomen der obengenannten Krankheit in der dän. dermatolog. Gesellsch. vorgestellt.

Es wurden lepröse Knoten in grosser Menge überall in der Haut constatirt. An der Zungenspitze und dem Zungenrücken, insbesondere nach hinten zu, sassen grössere hervorspringende Knoten mit dornartig hervorstehenden hypertrophischen Papillen. Die Schleimhaut des harten Gaumens war voll von Ulcerationen, die sich längs der Mitte des weichen Gaumens auf die Uvula, die Gaumenbögen und Tonsillen fortsetzten. Die Stimme ist charakterisch heiser. Die Epiglottis ist steif und unbeweglich; die Ränder stark geschwollen und mit Knoten besetzt. Die Plicae ary-epiglotticae sind geschwollen und blass, die wahren Stimmbänder etwas injicirt tumeficirt, aber ohne Ulcerationen. — In der Nasenhöhle sind ulcerirte Knoten zu sehen. — Die Diagnose wird mikroskopisch durch Nachweis der Bacillen gesichert.

SCHMIEGELOW.

116) **T. Melville Hardie. Die Thyreotomie beim Larynxpapillom der Erwachsenen. (Thyreotomy in papilloma of the larynx in adults.)** *N. Y. Medical Journal. 7. Januar 1899.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von Papillom des Kehlkopfs bei Erwachsenen, in denen er die Thyreotomie gemacht hat und spricht über die Indicationen dieser Operation (vergl. den Verhandlungsbericht des 20. Congresses der Amer. Laryngol.-Association).

LEFFERTS.

117) **F. W. Hinkel. Ein Fall von Fibrolipom des Kehlkopfs. (Report of a case of fibro-lipoma of the larynx.)** *N. Y. Med. Journ. 29. October 1898.*

Vergl. den Verhandlungsbericht des 20. Congresses der Amer. Laryngol.-Association (d. Heft S. 537).

LEFFERTS.

118) **J. E. Hopkins. Einige übersehene Ursachen von Husten. (Some overlooked causes of cough.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 2. Februar 1899.*

H. bespricht verschiedene Ursachen von Reflexhusten und berichtet über 5 Fälle von lymphoider Hypertrophie und Varicen der Zungenbasis, die prompt durch den Galvanokauter geheilt wurden.

EMIL MAYER.

119) **A. J. Mc Intyre. Reflexhusten. (Reflex cough.)** *Medical Dial. Januar 1899.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

120) **J. J. Richardson. Extrapulmonärer Husten. (Extra-pulmonary coughs.)** *Dietetic and Hygienic Gazette. Januar 1899.*

R. erwähnt die verschiedenen nasalen, pharyngealen und laryngealen Zustände, die Husten verursachen können und berichtet über 6 Fälle, in denen der Husten durch Beseitigung derartiger Ursachen geheilt wurde. EMIL MAYER.

121) **Schaeffer. Uterushusten. (Uterine cough.)** *N. Y. Medical Record. 11. März 1899.*

Verf. studirt die nervösen Verbindungen des Genitaltractus, die als Reflexleiter bei Auslösung des Hustens in Frage kommen. Die lokale Behandlung wirkt in Fällen von Retroflexio, Prolaps und Aehnlichem sehr prompt.

LEFFERTS.

122) **R. A. Lancaster. Keuchhusten. (Whooping cough.)** *N. Y. Med. Record. 4. Februar 1899.*

Tct. Belladonnae 7,5
Phenacetin 11,25
Spir. frumenti (q. s. ad solv.) 3,75
Fluid extr. castaneae 22,50

M. D. S. 3 stdl. 1 Theelöffel voll, bis das Gesicht congestionirt ist, dann 4 und 6 stdl. nach Bedürfniss; für ein Kind von 6 Jahren. LEFFERTS.

123) **J. Madison Taylor. Keuchhusten. (Whooping cough.)** *Philad. Medical Journal. 11. März 1899.*

T. verordnet Antipyrin in folgender Zusammensetzung:

Antipyrin 0,03—0,06
Ammon. chlor. 0,15—0,3
Syr. limon. 1,5
Aquae ad 3,75

oder

Antipyrin 0,03—0,12
Ammon. brom. 0,06—0,12
Ammon. mur. 0,3
Syrup. ad 3,75
S. 3 stdl. zu nehmen. EMIL MAYER.

124) **Louis Kolipinski. Coupirung hartnäckigen Keuchhustens durch Herabdrücken der Zunge. (Arrest of obstinate hiccough by depressing the tongue.)** *Medical Age. 25. Juni 1899.*

Die Ueberschrift erklärt den Inhalt der Mittheilung. EMIL MAYER.

125) **Frerichs. Gegen Glottiskrampf. (For spasm of the glottis.)** *N. Y. Med. Journal. 6. Mai 1899.*

Extr. Belladonnae 0,27
Ammon. anisat. 2,25
Aqu. destill. 13,50

M. D. S. 10—20 Tropfen 3 stündlich z. n. LEFFERTS.

126) **Hamilton Stillson. Ein Fall von spasmodischem Glottisschluss beim Erwachsenen. (Spasmodic closure of the glottis in the adult. A case.)** *N. Y. Medical Journal. 9. Januar 1899.*

Der Glottisspasmus ist beim Erwachsenen sehr selten. S. theilt einen weiteren Fall mit, in welchem die Affection nach seiner Meinung allein durch nasale Complicationen verschuldet ist. LEFFERTS.

127) **Cl. Bernoud. Neun Fälle von Kehlkopfkrampf. (Nine cases of laryngeal spasm.)** *Laryngoscope. Juni 1899.*

B. sieht die Ursache der Spasmen in einer peripheren Reizung des N. laryngeus superior. EMIL MAYER.

128) **John E. Rhodes. Tensorenkrampf der Stimmbänder. (Spasm of the tensors of the vocal cords.)** *N. Y. Medical Journal. 25. Februar 1899.*

Abdruck des auf dem 20. Congress der Americ. Laryngol. Assoc. gehaltenen Vortrags (vergl. d. II. S. 536). Verf. berichtet über 5 eigene Fälle, von denen er 3 ausführlich mittheilt. Für die Diagnose wesentlich ist der Krampfzustand der Kehlkopfmuskeln beim Phonationsversuch, mit der Hervorbringung der charakteristischen Stimme, bei mehr oder weniger normalem Aussehen der Theile im laryngoskopischen Bilde. Die Prognose ist ungünstig. Nur wenig Fälle werden geheilt oder wesentlich gebessert. Von R.'s eigenen Fällen wurden zwei sehr gründlich behandelt mittelst Ruhe, Athem- und Sprachübungen, Electricität, localen Applicationen, Strychnin, Arsen, nervenberuhigenden Mitteln etc., ohne dass sie auch nur das geringste gebessert sind. LEFFERTS.

129) **A. S. de Bruyn** (Zeist). **Drei Fälle von sogenanntem Larynxstridor. (Drie gevallen van den zoogen larynxstridor.)** *Med. Weekblad. V. No. 51. 18. März 1899.*

Drei Fälle von angeborener Stenose der Luftwege, welche allmälig nachliess, und deren Ursache und Sitz nicht eruirt werden konnte. H. BURGER.

130) **E. Percepied. Ictus laryngis. (Ictus laryngé.)** *Normandie médicale. 1. Februar 1899.*

P. stellt 12 Fälle zusammen; von den 12 Patienten litten 5 an Asthma und Emphysema pulmonum, 1 an Heufieber, 4 an Bronchitis mit Emphysem, 2 an Tuberculose.

In 3 Fällen war excessiver Tabakgenuss zu constatiren, bei 8 bestand eine Pharyngitis, bei 5 Hypertrophie der Muschelschleimhaut.

Bezüglich der Auffassung der Krisen schliesst sich Verf. der Theorie von Mecklen an; zur Behandlung empfiehlt er Antipyrin. A. CARTAZ.

f. Schilddrüse.

131) **J. L. Reverdin** (Genf). **Die chirurgische Behandlung des Kropfes, mit Ausschluss von Krebs und Basedow'scher Krankheit. (Traitement chirurgical du goitre, cancer et goitre exophthalmique exceptés.)** *Rapport au Congrès de Chirurgie de Paris. 17.—22. October 1898.*

Hinsichtlich der operativen Indicationen müssen die Kropfgeschwülste eingetheilt werden:

1. nach ihrer Natur in:
   a) diffuse Kröpfe (folliculäre, vasculäre und fibröse);
   b) circumscripte oder encystirte Kröpfe (Adenome, Cysten und Misch-Geschwülste).

2. nach ihrer Lage: retrosternale, retroclaviculäre, endothoracale, retrotracheale, retropharyngeale.

Die operativen Indicationen sind:

a) momentane (Indications d'urgence) durch drohende Zufälle (Athemstörungen, septische Entzündung),

b) nothwendige (Indications de nécessité): Functionelle Störungen der Athmung, des Schluckens, der Phonation oder Circulation, die auf medicamentöse Behandlung sich nicht gebessert haben; ferner übermässiges Wachsthum der Geschwulst;

c) kosmetische oder subjective (Indications de complaisance), denen man trotz der gegenwärtigen Benignität des Kropfes Rechnung tragen darf. Das Alter des Patienten und der Umfang des Kropfes sind keine Contraindicationen mehr. Allein das Allgemeinbefinden des Patienten, sowie die ungünstigen Umstände, unter denen der Kranke lebt, können den Chirurgen von einem Eingriff abhalten.

Die parenchymatösen Injectionen sind unzuverlässig und gefährlich; wegen der Zufälle, die man nach Jodinjectionen beobachtet hat, müssen diese absolut aufgegeben werden. Das Jodoform ist weniger gefährlich, aber auch selten nur wirksam.

Narkose. Was die viel discutirte Frage der Narkose anlangt, so ist R. in den einfachen Fällen für den Gebrauch eines allgemeinen Narcoticums und zwar bevorzugt er den Aether.

Bevor R. die verschiedenen Operationsmethoden beschreibt, schildert er diejenige Phase des operativen Eingriffs, die ihnen allen gemeinsam ist: die Blosslegung der Geschwulst. Zu dieser Phase gehört:

a) die Incision der Haut. Sie muss meist transversal (Kragenschnitt nach Kocher) sein.

b) die Incision der subcutanen Gewebe mit Durchschneidung der Venen zwischen 2 Ligaturen.

c) die Beiseitedrängung, sehr selten die Durchschneidung der Muskeln.

d) die Durchschneidung einer zur mittleren Aponeurose gehörigen Schicht, die R. als aponeurotische Hülle bezeichnet.

Operationsmethoden: 1. Totalexstirpation. Die sogen. totale Thyroidectomie besteht in der extracapsulären Abtragung der ganzen Schilddrüse. Diese Operation muss fortfallen wegen der Zufälle, die der Fortfall der gesammten Drüse nach sich zieht.

2. Partielle Exstirpation. R. beschreibt unter diesem Namen die intracapsuläre Abtragung eines Lappens, bei der man in das Drüsengewebe selbst nicht dringt, ausser bei der Durchschneidung des Isthmus. Diese Operation zerfällt in 3 Zeiten:

a) der kranke Lappen wird aus der Wunde luxirt, innerhalb oder ausserhalb, nach vorheriger Durchschneidung des Isthmus (Poncet).
b) Ligatur der Gefässe. Die Thyreoidea inferior räth R. am inneren Rand des Scalenus zu unterbinden, behufs Vermeidung des Recurrens.
c) Lostrennung des Lappens.

3. Resection. Das ist Abtragung des erkrankten Theiles bei Schnittführung quer durch das Gewebe der Drüse; es bleiben dabei im Zusammenhang mit den Gefässen mehr oder weniger umfangreiche Reste der Drüse zurück. Die Technik dieser Methode ist von Mikulicz geregelt worden.

4. Intraglanduläre Enucleation (Socin'sche Methode). Durch gesundes Gewebe, das den Tumor umhüllt, wird auf diesen eingeschnitten und dann mit dem Finger oder Instrumenten die Enucleation vorgenommen.

Die massive Enucleation von Poncet ist eine Modification dieser Methode. Die Tumoren werden en masse ausgeschält, statt isolirt. Kocher bedient sich zur Enucleation eines scharfen Löffels.

5. Exothyropexie. Die von Jaboulay angegebene Methode besteht darin, dass der Tumor aus der Wunde luxirt und unter einem Verbande sich selbst überlassen wird. Ebenso kann man den Tumor auch blosslegen, ihn einfach der Luft zugänglich machen, ohne ihn zu deplaciren.

6. Combinirte Operationen. Nach der Besonderheit des Falles ist es bisweilen nöthig, die Exstirpation, die Resection und die Enucleation mit einander zu combiniren.

7. Dislocation des Kropfes. Partien der Geschwulst, die durch Druck gefährlich werden, können deplacirt werden (Wölfler).

8. Ligatur zur Herbeiführung von Atrophie. Man unterbindet die ernährenden Gefässe der Drüse, um sie zur Atrophie zu bringen.

Der aseptische oder antiseptische Verband muss immer Heilung per primam anstreben. R. räth für 24—48 Stunden zu drainiren.

Operationsresultate: R.'s Statistik umfasst insgesammt 6103 Kropfoperationen mit 176 = 2,88 pCt. Todesfällen. Danach kann man sagen, dass die Operationen dieser Art nahezu gefahrlos sind. Vergleicht man die Sterblichkeitsziffer bei den einzelnen Operationsarten, so ergiebt sich:

Totalexstirpation	18,97 pCt.
Intraglanduläre Enucleation .	0,78 pCt.
Combinirte Methoden . . .	2,99 pCt.

Partielle Exstirpation . . .	3,46 pCt.
Resection	6,66 pCt.

Danach ist die Totalexstirpation bei weitem die gefährlichste und die Socin'sche Enucleation die günstigste Methode.

Die Ursache des Todes ist zumeist durch Störungen in dem Athemtractus geliefert. Dann folgen Blutungen, Tetanie, Myxoedem und septische Complicationen.

Die Operationsresultate sind zu betrachten:

1. Hinsichtlich des plastischen Erfolges. In dieser Hinsicht bieten die transversale Incision und die Enucleation grosse Vortheile.

2. Bezüglich des functionellen Erfolges. Derselbe ist im Allgemeinen bei allen Methoden befriedigend; in den meisten Fällen verschwinden die Störungen der Athmung und der Circulation, die Dysphagie und die Recurrenslähmungen.

Für die Wahl der Methode stellt R. schliesslich folgende Sätee auf:

Die Enucleation verdient den Vorzug, wenn der Tumor abgekapselt und von reizenden Behandlungsversuchen verschont geblieben ist.

Die partielle Exstirpation, die Resection oder eine combinirte Operation ist am Platze, wenn der Tumor nicht enucleirbar ist, sei es weil er diffus, oder weil er durch frühere Behandlungsmethoden modificirt ist.

Die Exothyropexie, die massive Enucleation und die Entleerung sind nur ausnahmsweise indicirt und haben verschiedene Nachtheile.

Die Gefässunterbindungen bringen nur bei den vasculären Formen Nutzen und ausserdem bei dem Kropf der Basedow-Kranken. PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

132) **W. Lowe** (Melbourne). **Ein Fall von Cardiospasmus oder Oesophagismus. (A case of cardiospasm or oesophagism.)** *Intercolonial Med. Journ. 20. März 1899.*

25jähriger Mann, klagt seit $3^1/_2$ Jahren über Schwierigkeiten beim Schlucken. Er bringt das Essen nur in den Magen, wenn er sehr grosse Mengen Wasser hinterher trinkt. Die Symptome haben sich allmälig verschlechtert; jetzt muss der Pat. beim Essen 3mal die Tafel verlassen, um die Nahrung gewaltsam herunterzuspülen oder zu regurgitiren. Von Lues oder einem Trauma ist nichts nachweisbar. Die Sonde dringt leicht in den Magen. Der Verf. hält übermässiges Rauchen für die Ursache des Leidens, das er als Oesophaguskrampf deutet.

In der Discussion in der Medical Society of Victoria hält Sir J. N. Fitzgerald es für möglich, dass im Oesophagus eine Erosion oder Ulceration am cardialen Ende besteht, die dann einen Sphincterenkrampf der Cardialöffnung verursacht. Er hat einen derartigen Fall gesehen, bei dem die Sonde in der Cardia einen gewissen Widerstand erfuhr. Er hat in diesem Falle die Cardia durch stärkere Sonden allmälig erweitert und hat den unteren Theil des Oesophagus mit Höllenstein touchirt. Der Pat. befand sich danach ganz wohl.

A. J. Wood berichtet über zwei Fälle von Oesophagismus bei Kindern, die durch psychische Behandlung und gelegentliches Einführen der Schlundsonde geheilt wurden.

A. J. BRADY.

133) **Schwörer. Ein Fall von spindelförmiger Erweiterung der Speiseröhre.** *Münchner med. Wochenschr. No. 25. 1899.*

Ein 50jähriger Mann, bei dem eine spindelförmige Erweiterung des Oesophagus diagnosticirt wurde, sondirte sich selbst mit einer festen Sonde und starb an einer durch Perforation erzeugten eitrigen Peritonitis und Pleuritis. Die Section bestätigte die Diagnose. Ursache der Erweiterung ist gewöhnlich die nervöse Contraction des unteren Oesophagusendes bei fehlender anatomischer Grundlage.

SCHECH.

134) **Westphalen** (Petersburg). **Ein weiterer Fall von diffuser idiopathischer Oesophagusdilatation.** *Arch. f. Verdauungskrankh. V. Bd. 1. Heft. 1899.*

Sobald die (44jährige) Patientin Horizontallage einnimmt, stellt sich in der Kehlkopfgegend ein sehr starker Hustenreiz ein, welcher so lange andauert, bis durch Würgen ein Theil der vorher genossenen Speisen herausgebracht wird, ernstes Erbrechen kommt dabei nicht vor. Die Annahme einer diffusen idiopathischen Oesophagusdilatation wurde durch den Erfolg der Behandlung bestätigt, welche in allabendicher Spülung des Oesophagus und intensiver Ernährung bestand.

SEIFERT.

135) **Landauer** (Berlin). **Ein Fall von tiefsitzendem Oesophagusdivertikel.** *Centralbl. f. innere Medicin. 16. 1899.*

Ein 51jähriger Mann wies schwere Störungen beim Schluckact auf, die auf ein Oesophagusdivertikel hinwiesen. Zur Untersuchung benutzte L. Bleisonden von 5 mm Durchmesser, von denen die eine nach Art eines Mercier-Katheters gebogen war, so dass er, wenn er sich in das Divertikel verirrte, nach Zurückziehen der Sonde und Vierteldrehung derselben, zu jeder Zeit in den Magen gelangen konnte.

SEIFERT.

136) **John Zahorsky. Ein Fall von Oesophagusdivertikel. (A case of diverticulum oesophagi.)** *St. Louis Medical Gazette. Mai 1899.*

Der Patient hatte erhebliche Schwierigkeiten beim Schlucken und regurgitirte grosse Mengen der Nahrung in verschiedenen Intervallen. Eine Operation wurde nicht für rathsam gehalten.

EMIL MAYER.

137) **Springer** (Prag). **Ein Fall von Pyohaemie nach Phlebitis der Vena cava superior, hervorgerufen durch ein perforirtes Tractionsdivertikel des Oesophagus.** *Prager med. Wochenschr. No. 7. 1899.*

Während in diesem Falle vom klinischen Standpunkte aus der überraschende Sectionsbefund (Hofrath Chiari's path.-anat. Institut) interessant ist, ist es vom pathologisch-anatomischen der seltene Weg, auf dem die Allgemeininfection von dem perforirten Oesophagusdivertikel aus erfolgte.

CHIARI.

138) **Stadelmann** (Berlin). **Ueber einige Behandlungsmethoden bei Speiseröhren-Erkrankungen.** *Deutsche Aerzte-Zeitung. 5. 1899.*

Der Hauptsache nach Bestätigung der von Rosenheim für die Behandlung von Stenosenschmerzen des Oesophagus gutartiger oder maligner Natur angegebenen Regeln.

SEIFERT.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) A. Rosenberg (Berlin). **Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes.** 2. Aufl. Berlin. S. Karger. 1899.

Im X. Bande des Centralblattes (S. 106) haben wir die erste Auflage dieses ausgezeichneten Handbuches ausführlich besprochen. Die zweite Auflage, welche jetzt vorliegt, ist im Grossen und Ganzen der ersten gleich. Wenn auch der Umfang des Buches um 80 Seiten zugenommen hat, so ist diese Zunahme keine reelle und fast ganz durch den grösseren Druck der neuen Auflage bedingt. Wir müssen dies als einen Vortheil betrachten, da wir ja, neben der Vollständigkeit, die Knappheit des Buches rühmend hervorgehoben haben.

In dieser zweiten Auflage ist die neuere Literatur berücksichtigt worden, und es haben die Spateluntersuchung nach Kirstein, die Serumtherapie der Diphtherie u. s. w. den ihnen gebührenden Platz gefunden. Indessen ist von einer wirklichen Umarbeitung der ersten Auflage fast nirgends die Rede. Diphtherie, Syphilis, Tuberculose u. s. w. sind nach wie vor in drei Kapitel als Mund-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten getrennt worden. Sämmtliche Adductorenlähmungen werden auch jetzt wieder als myopathische Lähmungen vorgeführt.

Die Kapitel über Angina Ludovici, Laryngitis phlegmonosa, Oedema laryngis sind kaum verändert worden, namentlich ist der Kuttner'sche Versuch, diese Materie zu ordnen, ohne Einfluss auf dieselben geblieben. Die Carcinomstatistik Sendziak's ist an die Stelle derjenigen Butlin's getreten; allein die neue Aera der Carcinombehandlung, welche durch die Arbeiten Semon's inaugurirt worden ist, wird hier nicht erwähnt. Auf Seite 234 finden wir das frühere, gewiss nicht richtige Schema, welches den Gang der Lichtstrahlen veranschaulichen soll, wieder; auch die weniger gelungenen Bilder der Recurrenslähmung (vergl. Centralbl. X, 108) sind in die neue Auflage übergegangen u. s. w.

Glücklicherweise finden wir auch alles Gute, das uns die erste Auflage zu loben und rühmen veranlasste, in der zweiten wieder: die übersichtliche Darstellung, der anspruchslose, klare Stil, die gedrängte Kürze, in der die reiche Materie behandelt worden.

Sie machen das Buch auch in dem neuen Gewande zu einem zuverlässigen und angenehmen Führer.

Wir vertrauen, dass der Verf. nicht auf seinen Lorbeeren ruhen werde. Sein Buch möge auch in den künftigen Auflagen von den raschen Fortschritten unseres Specialfaches zeugen und die selbst eroberte Stelle noch lange behaupten.

Amsterdam, Juni 1899. H. Burger.

---

b) Handbuch der Laryngologie und Rhinologie herausgegeben von **P. Heymann.** Wien 1896/99. Alfred Hölder. (Fortsetzung.)

A. Jurasz: Die Neubildungen des Kehlkopfes.
P. v. Bruns: Die Neubildungen in der Luftröhre.
C. M. Hopmann: Verletzungen des Kehlkopfes und der Luftröhre.
M. Schaeffer: Fremdkörper in den Luftwegen.

Die Bearbeitung der Tumorenlehre des Kehlkopfes muss als eine sehr gelungene bezeichnet werden. Dieselbe bringt uns keine neuen Thatsachen; allein die Darstellung ist ebenso klar wie objectiv und entspricht durchaus dem gegenwärtigen Standpunkt der Wissenschaft. Die Classification der gutartigen Geschwulstformen erscheint Ref., wenn sie auch nicht streng dogmatisch auf anatomischer Grundlage durchgeführt worden, besonders empfehlenswerth, und wenn Verf. nachdrücklich betont, dass kein tüchtiger Grund vorhanden ist, um den Sängerknötchen einen besonderen Platz einzuräumen und dies aus praktischen Rücksichten dennoch thut, so dürfte diese Inconsequenz nur dankend hervorgehoben werden.

Die Papillome und Fibrome sind durch einige gute Abbildungen von Barth illustrirt worden.

Interessant sind die statistischen Angaben. Unentschieden ist die Frage, ob die Papillome oder, wie Einige wollen, die Fibrome, die häufigsten Larynxgeschwülste bilden. Chondrome sind bis jetzt 14, Lipome 9, Schildrüsengeschwülste und (reine) Adenoide je 3, das Lymphangioma nur einmal beschrieben worden. Gleichfalls spärlich sind die Mittheilungen über das bei Pseudoleukaemie beobachtete Lymphom des Kehlkopfes. Schliesslich bespricht Verf. den mitunter bei Gichtkranken im Kehlkopf beobachteten Tophus, die degenerativen Veränderungen sowie die Mischformen der gutartigen Neubildungen.

An der Spitze der Aetiologie steht der Satz, dass die Hauptursache dieser Krankheiten vollständig unbekannt ist. Die Nebenursachen — Prädisposition (männliches) Geschlecht, Alter (4. Decennium) Katarrhe, locale Ueberanstrengung, Infectionskrankheiten — werden eingehend erörtert. In der Frage der Umwandlung gutartiger Gewächse in bösartige steht Verf. auf dem Semon'schen Standpunkt.

Im Abschnitt über die Therapie werden die spontanen Heilungen, die arzneiliche Behandlung erwähnt, und die laryngotomischen Operationsmethoden kurz

angedeutet. Hauptsache sind die laryngoskopischen Methoden. Von der chemischen Aetzung ist Verf. kein Freund; die Galvanokaustik dagegen ist unter Umständen sehr werthvoll; der Elektrolyse spricht er für die Behandlung von Larynxtumoren jede Bedeutung ab; die Schwammmethode sowie das Abquetschen kann er nicht empfehlen. Das Abschneiden, namentlich mit scharfen Zangen wird, wohl ohne Widerspruch, als die beste Methode vorgeführt.

Die bösartigen Neubildungen, das Carcinom und Sarkom werden als primäres und als sehr viel selteneres secundäres Kehlkopfleiden gesondert besprochen. Verf. acceptirt die Krishaber'sche sowohl in klinischer, wie in anatomischer Hinsicht werthvolle Eintheilung in „innerliche" und „äusserliche" Carcinome. Bemerkenswerth ist das relativ seltene Ergriffensein der Lymphdrüsen bei „innerlichen" Krebsen. Aus den nebeneinander gestellten Alterstabellen von Sendziak für das Carcinom und Bergeat für das Sarkom geht das überwiegende Auftreten beider Geschwulstarten in der zweiten Lebenshälfte (83,6 pCt.), namentlich im 5. und 6. Decennium hervor. Männer erkranken bei weitem häufiger als die Frauen. Im Uebrigen sind sämmtliche ätiologischen Factoren (Beruf, Tabak, Alkohol, Katarrh, Traumata) von sehr untergeordneter oder zweifelhafter Bedeutung.

Die Histologie dürfte etwas stiefmütterlich behandelt sein und hätte Ref. die Art und Weise, wie sich die malignen Geschwülste aus den normalen Geweben entwickeln, gerne bildlich dargestellt gesehen.

Die diagnostischen Schwierigkeiten werden eingehend berücksichtigt. In voller Anerkennung der guten Dienste, welche die mikroskopische Untersuchung leistet, soll in Fällen, wo dieselben eine klinisch festgestellte Malignität nicht bestätigt, die Klinik und nicht das Mikroskop entscheiden.

Therapeutisch kommt neben den nur kurz angegebenen laryngotomischen Methoden laryngoskopisch eigentlich nur die Excision mit schneidenden Instrumenten in Betracht, und wird eine neue Doppelcurette abgebildet und empfohlen. Verf. ist überzeugt, dass die endolaryngeale Methode in der Zukunft viel mehr in Betracht gezogen wird, als dies bis heute noch der Fall ist. Mit Recht spricht er den zahlreichen Statistiken der verschiedenen Operationsmethoden jeden entscheidenden Werth ab, weil dabei das Stadium der Krankheit zu wenig oder gar nicht berücksichtigt worden ist.

Die Lectüre der ganzen Arbeit sei den Collegen bestens empfohlen. Das streng chronologisch geordnete Literaturverzeichniss zählt (652 + 602 =) 1254 Nummern.

Die Neubildungen der Luftröhre — immer noch „recht seltene Vorkommnisse" — sind wohl niemals so eingehend und systematisch beschrieben worden wie es hier geschehen ist und hat diese Bearbeitung vor den ausgezeichneten Voresungen Schrötter's den Vorzug, dass Verf. die Literatur in vollstän digster Weise in Betracht gezogen hat.

Nur die eigentlichen und primär in die Trachea entstandenen Neubildungen sind in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt und beläuft sich die Gesammtzahl der Fälle auf 147, von denen 102 gutartige, 45 maligne Geschwülste betreffen. Auf-

fallend ist im Vergleich zu den Kehlkopftumoren diese relativ häufige Malignität (30 pCt.) der Trachealgeschwülste.

Interessant ist die Häufigkeit der Chondro-Osteome (20 pCt.) die eine nicht gar seltene, typische Neubildung der Trachea darstellen, welche nur deshalb so wenig bekannt ist, weil sie kein practisches Interesse erregt und nur als zufälliger Sectionsbefund („reibeisenartige Rauhigkeit“ der Trachealschleimhaut) beobachtet wird.

Die einzelnen Geschwulstformen werden alle eingehend erörtert. Die Exstirpation nach Tracheotomie ist für die grosse Mehrzahl der Trachealtumoren das allein zuverlässige Verfahren. Im Ganzen sind gegenwärtig etwa zwei Dutzend derartige Operationen bekannt. Der stolze Ausspruch des auf diesem Gebiete gewiss competenten Verf. lautet dahin, dass das erwähnte Verfahren uns in den Stand setzt „gutartige Neubildungen aller Art und an allen Stellen der Luftröhre direct anzugreifen und zu beseitigen, mögen sie auch noch so breitbasig angeheftet sein“. Die Resection der Trachea bei dem die Wandung infiltrirenden Krebs ist bisher nur in einem Falle des Verfs., und zwar mit gutem Erfolg ausgeführt worden.

Auch das Capitel über die Verletzungen des Kehlkopfes und der Luftröhre ist zu einer durch Vollständigkeit und Uebersichtlichkeit ausgezeichneten Monographie geworden. Verletzungen dieser Theile sind seltene Vorkommnisse; allein ohne ihre rechtzeitige Erkenntniss und richtige Behandlung ist die Gefahr eines üblen Ausganges sehr gross.

Es werden zuerst die äusseren Verletzungen und zwar der Reihe nach die Erschütterung, Quetschung, Verrenkung und Fractur, sodann Schusswunden, Stich- und Schnittwunden besprochen.

Unter dem Titel Erschütterung des Kehlkopfes, beschreibt Verf. einige Fälle von plötzlichem Tod nach einem Trauma am Hals, ohne dass autoptisch wesentliche Veränderungen am Kehlkopf nachweisbar waren. Nach der Lectüre dieses Abschnittes ist es dem Ref. nicht klar, weshalb dieses dem Ictus laryngis verwandte Krankheitsbild unter den „Verletzungen“ Aufnahme gefunden hat. Von Contusion des Kehlkopfes werden 6 Fälle referirt, welche sich sämmtlich durch guten und kurzen Verlauf auszeichneten.

Die Frage der Kehlkopffractur wird ausführlich, auch in Bezug auf die Leichenexperimente erörtert. In eine Tabelle trägt Verf. 69 einschlägige Fälle zusammen, mit denen er die Tabelle von G. Fischer (1880) über 75 Fälle completirt. Unter diesen 144 Fällen war 63 mal nur der Schildknorpel, 17 mal der Ringknorpel, 43 mal mehrere Knorpel zugleich fracturirt, während die übrigen Fälle unsicher sind.

Bei Frauen und bei Kindern ist der Kehlkopfbruch selten. Charakteristische Erscheinungen können gänzlich fehlen, sind aber in den meisten schwereren Fällen vorhanden, als: Veränderung der äusseren Hals- und Kehlkopfconfiguration, abnorme Beweglichkeit der Knorpel, Crepitation und progredirtes Emphysem (bei den complicirten Fracturen). Fast regelmässig ist sofortiger Bewusstseinverlust wahrgenommen. Gar nicht selten tritt nach Beruhigung der anfänglichen stürmischen Erscheinungen plötzlicher Erstickungstod ein. Daher die Indication zur Tracheotomie, wenn auch ohne Dyspnoe entweder ein Splitterbruch oder

grosse Verschieblichkeit der Bruchenden diagnosticirt wird oder Emphysem sich ausbildet.

Die Casuistik der Luftröhrenbrüche umfasst 31 isolirte Brüche der Trachea und 17 combinirte Kehlkopf-Luftröhrenfracturen. Schusswunden zeigen fast dieselben Erscheinungen wie die Unfallbrüche, Schnitt- und Stichwunden gehen öfters mit bedeutender Blutung einher, wenn auch der Verblutungstod nicht häufig ist. Bei grossen Wunden ist die sorgfältige Vernähung, auch der Knorpel, angezeigt. Immer soll die primäre Vereinigung erstrebt werden. denn bei der Heilung unter Eiterung treten secundäre Stenose und Fistelbildung fast regelmässig ein. Unter den inneren Verletzungen werden die Blutergüsse und Rupturen durch heftiges Schreien, Singen oder Husten beschrieben, und die durch Fremdkörper veranlassten und bei Operationen unbeabsichtigt vorgekommenen Verletzungen kurz angedeutet. Dann folgen die (chemischen und thermischen) Verbrennungen, während der letzte Abschnitt sich mit den Folgezuständen der Verletzungen: Lähmungen, Deformitäten, Ankylose, Verengerungen und Verwachsungen, Fisteln und Tracheocele befasst.

Ebenso reich wie der behandelte Stoff ist die Behandlung des ganzen Capitels anregend und lerreich.

Fremdkörper in den Luftwegen sind für die betreffenden Patienten gewiss von der allergrössten Bedeutung. Dass sie auch auf die behandelnden Aerzte oft einen grossen Eindruck machen, beweist die überaus reiche Casuistik. In dem Literaturverzeichniss, von dessen Unvollständigkeit der Verf. überzeugt ist, werden beinahe 500 einschlägige Arbeiten erwähnt. Wissenschaftlich ist das Thema weniger reich und giebt auch die durchaus erschöpfende Bearbeitung Schaeffer's dem Ref. kaum zu Bemerkungen Anlass.

Die Durchleuchtung mittelst Röntgen-Strahlen und die Kirstein'sche Spatel-Untersuchung des Kehlkopfes und der Luftröhre haben in der Reihe der diagnostischen Methoden, letztere auch bei der Therapie, eine Stelle erobert. Für Fremdkörper im Larynx wird die Therapie, wenn möglich, den endolaryngealen Weg wählen; für Fremdkörper der Trachea dagegen soll der Luftröhrenschnitt gemacht werden.

Amsterdam, August 1899. H. Burger.

---

c) American Laryngological Association.

Zwanzigste Jahresversammlung, abgehalten in Brooklyn, N. Y. am 16.—18. Mai 1898.

Erster Tag. — Montag, den 16. Mai.

Vorsitzender: Dr. Thomas R. French (Brooklyn).

Der Vorsitzende eröffnet die Versammlung mit einer Begrüssung der Mitglieder und giebt einen kurzen Rückblick auf die Entwicklung und den Fortschritt der Laryngologie und Rhinologie in den letzten 20 Jahren.

J. N. Mackenzie (Baltimore): Die tuberculösen Neubildungen in Kehlkopf und Trachea.

Die tuberculösen Neubildungen in Larynx und Trachea lassen sich in drei Gruppen theilen: die granuläre Hyperplasie (gewöhnliches Granulom), das Papillom und drittens das echte Tuberculom. Unter der letzten Abart, dem echten tuberlösen Tumor versteht Redner die isolirte, wohl begrenzte Geschwulst, die unabhängig von Ulceration oder tuberculöser Infiltration vorkommt, von normaler Schleimhaut bekleidet ist und wenig oder gar keine Tendenz zur Ulceration zeigt. Solche Tuberculome sind sehr selten.

In diagnostischer Hinsicht ist Verwechslung mit malignen Neubildungen möglich; eine sichere Differenzirung ist nur durch das Mikroskop möglich. Der Verlauf dieser Geschwülste ist ein langsamer, da sie eben wenig Neigung zur Ulceration zeigen; man überlässt sie deshalb, wenn nicht functionelle Störungen ernsterer Art eintreten, am besten sich selbst. An Patienten in den letzten Stadien der Tuberculose zu operiren, ist nicht blos nutzlos, sondern schädlich. Für die Nachbehandlung ist die Milchsäureapplication oder der Galvanokauter empfohlen worden.

W. F. Chappell (New York): Klimatische Behandlung der Kehlkopftuberculose.

Redner bespricht die klimatischen Verhältnisse von Liberty, N. Y. und Umgebung und beschreibt die locale und allgemeine Behandlung, die im Loomis Sanatorium geübt wird.

W. K. Simpson (New York): Bernay's Schwamm in Nase und Nasenrachenraum als Haemostaticum.

S. demonstrirt den Bernay-Schwamm; derselbe besteht aus einer Wattescheibe, die unter einem Druck von vielen Hundert Pfund zu $^1/_{16}$ Zoll Dicke comprimirt worden ist. Der Schwamm quillt zu seiner 15fachen Grösse auf und absorbirt das 12fache seines Gewichts an Flüssigkeit. Die Tamponade der vorderen oder hinteren Nase mit diesem Schwamm hat sich als sehr viel wirksamer erwiesen, als die Ausstopfung mit Gaze oder Watte. Bei Nasenbluten empfiehlt S. Bernay-Schwamm halbkreisförmig zu schneiden und mit der Convexität nach oben in die Nase einzuführen. Bei der hinteren Tamponade der Nase benutzt er den Schwamm, wie er ist, ohne ihm eine besondere Form zu geben. Sehr bewährt hat sich der Schwamm auch als Schiene nach der Asch'schen Operation wepen Septumverbiegung, ferner bei Fractur der Nase. Man kann ihn auch mit Guttapercha umhüllt zur Verhütung von Adhäsionen nach Operationen in die Nase einlegen.

J. W. Gleitsmann (New York): Kirstein's Autoskop.

Redner demonstrirt den Kirstein'schen Autoskopspatel. In dem Deutschen Hospital zu New York hat man die Beobachtung gemacht, dass Patienten, die mit dem Instrument untersucht wurden, nicht wiederkehren. Redner hat die Kirstein'sche Methode in dessen eigener Klinik geübt und die Ueberzeugung gewonnen, dass sie nur bei Narkotisirung des Patienten befriedigende Resultate giebt.

Beverley Robinson (New York): Vergrösserung der Zungentonsille als Ursache von Husten.

Redner hält die Vergrösserung der Zungentonsille für eine nicht ungewöhnliche Ursache von Husten. Die Affection beginnt schleichend, meist in jüngeren Jahren. Sie wird oft übersehen, weil der Praktiker bei Husten die Brust und dann den Hals untersucht; findet er da nichts, so wird ein Magen- oder Reflexhusten diagnosticirt. Prädisponirende Ursachen für die Hypertrophie der Zungentonsille und den durch sie ausgelösten Husten sind ein allgemeines Darniederliegen der Gesundheit, sowie die Gefässerschlaffung durch chronisch katarrhalische Zustände. Ein ursächlicher Factor, der häufig bei Erwachsenen mitspielt und in therapeutischer Hinsicht Beachtung verlangt, ist die rheumatische Dyscrasie. Die Symptome der acuten Congestion der Zungentonsille sind hauptsächlich die des Reizhustens. Hustenmixturen können dabei natürlich nichts nutzen. Auch die äussere Application von Medicamenten verdient wenig Vertrauen. Bei richtiger Hypertrophie ist doch nur der Gebrauch des Elektrokauters, der Schlinge oder drittens des Tonsillotoms zu empfehlen.

James E. Newcomb empfiehlt Boroglycerin local und Cerium oxalicum innerlich, von letzterem 3,75 innerhalb 24 Stunden, zu geben.

John O. Roe (Rochester): Fractur und Depression der vorderen Kieferhöhlenwand und Wiederaufrichtung derselben.

Der Patient hatte einen starken Faustschlag in's Gesicht erhalten, durch den die vordere Wand der Kieferhöhle wie eine Eierschale gebrochen war. R. bohrte von der Fossa canina aus ein Loch in die Höhle, führte eine gekrümmte Sonde ein und richtete mittelst derselben die eingedrückte, gebrochene Wand wieder in ihre richtige Lage. Die Höhle wurde ausgespült, solange das Bohrloch offen blieb. Die Contouren des Gesichts sind wieder normale.

John O. Roe (Rochester): Die Behandlung der Nasenfracturen.

Redner hält die Nasenbrüche für nicht häufig, wegen des nachgebenden Charakters des knorpligen Septums. Bei der Replacirung der Bruchtheile sollen Sonde und kleiner Finger zusammen arbeiten. Ist das Septum gebrochen, so muss es gleichzeitig mit eingerichtet werden. Die Theile werden dann mittelst Schienen in ihrer Lage erhalten. Die äussere Schiene soll von Aluminium oder Kupfer sein, soll in ihrer Form dem normalen Nasencontour sich anpassen und soll so gross sein, dass sie die ganze Nase bedeckt. Für den internen Gebrauch hat Redner sich eine zweiarmige Schiene construirt; der eine Arm liegt dem Nasenboden auf, der andere übt einen seitlichen Druck aus.

Casselberry (Chicago) beschreibt die einfache Pflasterbandage, die er gebraucht und mit der er völlig zufriedenstellende Resultate erzielt. Wenn die fracturirten Theile ordentlich eingerichtet sind, soll der Verband nur eine Hebung von innen und eine Stütze von aussen gewähren.

George A. Leland (Boston) hält die Replacirung der Fragmente von innen für viel wichtiger, wie die extranasale Einrichtung. Deshalb sind auch die inneren Schienen viel wesentlicher, als die äusseren.

Henry L. Wagner (San Francisco): Frühdiagnose des Keuchhustens.

Die Diagnose kann schon im frühen Beginn der Erkrankung gestellt werden durch die bakteriologische Untersuchung der Secrete. Die Nase ist der primäre Sitz der Infection. Dieselbe enthält das charakteristische Bakterium in grosser Menge. Dasselbe ist in seinen entwickelten Exemplaren 2—3 mal so lang als breit, an den Enden etwas verdickt und abgerundet und in der Mitte anscheinend getheilt. Es ist umgeben von einer Kapsel, so dass es dem Friedländer'schen Pneumobacillus nicht unähnlich ist. Zur Färbung benutzt W. 1 proc. Essigsäure und dann Loeffler'sche Lösung. Auch die Argoninfärbung, bei der die Bakterien blau, die Zellen roth erscheinen, ist anwendbar.

Henry L. Wagner (San Francisco): Lepröses Geschwür der Lippe.

Nase und Hals des Patienten zeigen nichts Abnormes. Von dem Lippengeschwür schabte W. etwas ab zur bacteriologischen Untersuchung. Er fand neben zahllosen Eiterbacterien eine grosse Anzahl von Leprabacillen, die theils innerhalb, theils ausserhalb der Zellen lagen.

Emil Mayer (New-York): Die Anwendung der Schleich'schen Anaesthesie bei Nasen- und Halsoperationen.

Redner kommt zu folgenden Schlüssen: Schleich's Theorien sind in weiten Kreisen anerkannt. Seine Lösungen sind gefahrlos, sie anaesthesiren ohne Excitationsstadium und ohne Drucksteigerung in den Gefässen. Der Patient erwacht sehr schnell wieder, für kurze Operationen aber reicht die Schleich'sche Anaesthesie aus.

Zweiter Tag. — Dienstag den 17. Mai.

S. W. Langmaid (Boston): Die Heiserkeit der Sänger.

Die Nasenschleimhaut ist geschwollen, die Muscheln sind vergrössert, der Larynx congestionirt. In manchen Fällen fehlt jede katarrhalische Affection und es besteht nur eine gewisse Schwäche des muskulären Apparats der Glottis. Gewöhnlich aber ist doch eine Laryngitis vorhanden. Prädisponirende Momente bilden die Neurosen, constitutionelle Defecte, Anämie, Rheumatismus, Witterungsverhältnisse etc. Schwäche der inneren Kehlkopfmuskeln, der Tensoren, Adductoren und des Sphincter, ist stets vorhanden.

J. Edwin Rhodes (Chicago): Krampf der Stimmbandspanner.

Die Dysphonia spastica ist ein sehr seltenes Leiden. Es wird verursacht durch fehlerhaften Gebrauch der Stimme. Möglicherweise ist auch ein bisher nicht weiter aufgeklärter neurotischer Zustand Vorbedingung. Die spastische Dysphonie ist eine Beschäftigungsneurose, so gut wie der Schreibekrampf. Sie ist gewöhnlich mit gewissen nasalen Affectionen verbunden. Reflexstörungen und Hysterie sind bei der ätiologischen Betrachtung zu beachten. Die Prognose ist recht ungünstig. Locale Applicationen, Sprays, Strychnin etc. sind nicht von

Nutzen. Die beste Therapie ist vollständige und längere Stimmruhe, allgemeine tonische Behandlung durch Eisen, Arsen, Jodkali, Electricität etc.

Simpson (New-York) kommt zu dem Schluss, dass die fundamentale Ursache der Heiserkeit bei Sängern die Ueberanstrengung durch das fortwährende Singen ist. Dieses ist unnatürlich. Der menschliche Kehlkopf ist für die Conversation gemacht, nicht für den Gesang.

F. W. Hinkel (Buffalo): Lipom des Kehlkopfs.

H. giebt die Krankengeschichte eines Falles von Lipoma laryngis. Er theilt ferner einen Fall von Operation der adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum unter Chloroformnarkose mit, bei dem sofort nach der Operation der Tod eintrat. Er schliesst daran einige Bemerkungen über die Narkose bei diesem Eingriff.

Arthur Ames Bliss (Philadelphia): Recidiv von Adenoiden nach der Operation.

B. beobachtete 3 Fälle von recidivirenden Adenoiden. Die Operation soll möglichst gründlich gemacht werden, da in der Regel die unvollständige Entfernung an dem Recidiv Schuld ist.

D. Bryson Delavan (New-York): Operative Behandlung der Adenoiden.

Die Operation muss gründlich und dabei doch human ausgeführt werden; gründlich, d. h. es soll alles adenoide Gewebe entfernt werden; human, d. h. unter möglichst geringem Schmerz und Shock und ohne grössere Verletzung, als unbedingt erforderlich. Redner bespricht die Vorzüge und Nachtheile der verschiedenen Instrumente, von denen das Gottstein'sche Messer am populärsten ist. — Die volle Narkose ist das beste für den Patienten.

J. W. Gleitsmann (New-York) meint, dass in 3—4 pCt. der operirten Fälle Recidive vorkommen. Er hat viel mit Bromäthyl gearbeitet und ist sehr befriedigt davon.

Casselberry (Chicago) hat seit Jahren bei jeder längeren Operation ausschliesslich mit Aether narkotisirt.

J. E. Logan (Kansas City) hält die Narkose nur bei kleineren Kindern für nöthig; bei diesen operirt er mit der Curette, gelegentlich unter Zuhülfenahme des Fingernagels, bei Erwachsenen fast auschliesslich mit der Zange.

Dritter Tag. — Mittwoch den 18. Mai.

Die am vorigen Tage abgebrochene Discussion über die adenoiden Vegetationen wird fortgesetzt.

Swain empfiehlt die Chloroformnarkose; er operirt im ersten Stadium der Narkose.

Bryan (Washington) hält es für sehr nöthig, die Reflexe zu erhalten, den

Patienten also nicht tief zu chloroformiren. Nur die vollständige Entfernung der Geschwülste schützt vor Recidiven.

J. C. Mulhall (St. Louis): Die oberen Athemwege und der allgemeine Gesundheitszustand.

Erkrankungen der oberen Luftwege können Störungen des Allgemeinzustandes im Gefolge haben, umgekehrt können Allgemeinerkrankungen Veränderungen im oberen Athemtractus hervorrufen. Opernsänger wissen, dass sorgfältiges Diäthalten und Bewegung im Freien die Stimme bessert. Athleten und ähnliche leiden sehr oft an Pharyngealkatarrhen infolge ihrer üblen Angewohnheiten und ihres wilden Lebens; sobald sie sich für einen Kampf trainiren, verschwinden alsbald alle ihre Symptome. Bei den eitrigen Katarrhen der jungen Leute kann man von localen Behandlungsmethoden anwenden, welche man will; eine Besserung und Heilung erreicht man erst, wenn man die Patienten von ihren Büchern und dem Clavier entfernt, sie gut ernährt, sich in frischer Luft bewegen, Eisen nehmen lässt etc. Die Prophylaxe muss in der Kindheit beginnen. Motto soll sein: „Habt Acht auf die allgemeine Gesundheit und fort mit dem Spray."

Henry L. Wagner (San Francisco): Natürliche Immunität.

Man unterscheidet 2 Arten von Immunität, die natürliche und die erworbene. Die natürliche besteht wie im gesammten Körper, so auch in den oberen Luftwegen. Microorganismen werden durch die Athmung beständig in alle Theile des Athemtractus gebracht, ohne dass sie Infectionen erzeugen. Diese Thatsache allein beweist das Vorhandensein einer Immunität. Zu ihrer Erklärung hat man die bactericide Kraft des Nasenschleims herangezogen, ferner die active Phagocytose im Munde. Mucin und Bacterien sind Antagonisten. Man hat gesagt, dass das Mucin infolge seiner physikalischen Eigenschaften rein mechanisch die Invasion der Bacterien verhindert. W. fand aber, dass das Mucin ein pepsin- oder trypsinartiges Ferment entwickelt, welchem die immunisirende Fähigkeit innewohnt.

J. H. Bryan (Washington): Operative Behandlung der Stirnhöhlenentzündung.

Redner berichtet über zwei Fälle, eine chronische eitrige Stirnhöhlenentzündung mit Caries der Stirnbeinzellen und einer Fistelöffnung in die Orbita und eine chronische Stirnhöhleneiterung mit eitriger Caries der Frontalzellen.

J. W. Farlow (Boston): Erkrankung der Nasennebenhöhlen.

F. berichtet über einen Fall, der besonders dadurch von Interesse ist, dass die Nebenhöhlenaffection sich im Gefolge eines Scharlachs entwickelte. Erwähnung verdient das Fehlen nasalen Ausflusses. Das Auge war nach aussen, unten und vorn gedrängt. Das Antrum war möglicherweise secundär inficirt.

Clarence C. Rice (New York): Acut entzündliche Zustände der Luftwege begleitet von Larynxödem.

Redner versucht eine Classification der mit Glottisödem einhergehenden Affectionen unter Ausschluss der diphtheritischen Infection. Auch das nichtentzündliche Oedem, das sogenannte „passive Oedem", das bei Herz-, Nieren- und Leber-

krankheiten als Symptom der allgemeinen Erkrankung vorkommt, gehört nicht zu der Krankheitsgruppe, mit der R. sich beschäftigt; ebenso wenig gehören dazu die Fälle, die man als chronisches Kehlkopfödem bezeichnen könnte, bei denen die Schwellung durch eine chronische Localerkrankung verursacht ist, wie Tuberculose, Syphilis und maligne Erkrankung des Larynx. R.'s Vortrag befasst sich nur mit dem acuten Glottisödem; alle durch Trauma oder äussere Reize irgend welcher Art verursachten Fälle werden eingeschlossen.

Bezüglich der pathologischen Identität von acuter primärer Laryngitis und Kehlkopferysipel drückt Redner die grössten Zweifel aus. Er citirt Mackenzie, welcher sagt, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle das Erysipel des Rachens und Kehlkopfs sich nur als Ausbreitung eines Gesichtserysipels darstellt. In 50 pCt. der Semon'schen Fälle schien das Glottisödem ein secundäres nach Zellgewebsentzündung um die Tonsillen zu sein[1]). Redner stellt aus den Jahren 1887 bis heute aus den Zeitschriften 41 Fälle — ausschliesslich der 14 Fälle Semon's in einer Tabelle zusammen. In etwa 50 pCt. dieser Fälle wird die Ursache in einem katarrhalischen Zustande durch Erkältung gesehen. In drei Fällen seiner eigenen Beobachtung folgte das Glottisödem peritonsillärer Entzündung. In zwei Fällen lag ein Trauma vor, das in dem einen in der Application des Galvanokauters an der seitlichen Rachenwand, im anderen in der Einkeilung eines Fremdkörpers im Sinus pyriformes bestand. In zwei Fällen war das Oedem des Larynx durch constitutionelle Ursachen bedingt.

Henry L. Swain (New Haven): Die locale Anwendung des wässerigen Nebennieren-Extracts in den oberen Luftwegen.

Redner schliesst mit folgenden Sätzen:

1. Das wässerige Extract der Nebennieren ist in localer Application ein kräftiges vasoconstrictorisches Agens, es contrahirt erectiles Gewebe und ist selbst in sehr erheblicher Menge gegeben, ohne Gefahr oder Nachtheil.

2. Der locale Effect kann wiederholt erzielt werden; ein Abschwächung der Wirkung oder Angewöhnung hat sich bisher nicht ergeben.

3. Das Extract scheint die Wirkung von Droguen, die nach ihm local applicirt werden, eher zu verstärken, als zu hemmen.

4. Das Extract ist am eisten indicirt und wirkte am besten bei acuten Congestionen; es stellt aber auch bei gewissen chronischen Affectionen nach Art des Heufiebers, bei denen ein zur Hypertrophie geneigtes Gewebe im Uebermaasse vorhandes ist, ein werthvolles Adjuvans dar.

Bei der zum Schlusse vorgenommenen Wahl werden gewählt:

Vorsitzender: William E. Casselbery (Chicago),

1. stellvertretender Vorsitzender: John W. Gleitsmann (New York),

2. „ „ F. Whitehill Hinkel (Buffalo),

1) Ich habe niemals eine pathologische Identität des Kehlkopferysipels mit der gewöhnlichen acuten primären Laryngitis behauptet. Welches mein wirklicher Standpunkt ist, geht aus dem Autoreferat im Centralblatt XI, p. 970, hervor. F. Semon.

Secretär und Schatzmeister: Henry L. Swain (New York),
Bibliothekar: Jonathan Wright (Brooklyn),
Delegirte für das Council: Thomas R. French (Brooklyn).
Vertreter auf dem Congress of Physicians and Surgeons:
William K. Simpson (New York).
Mitglieder des Council:
Thomas R. French (Brooklyn),
John O. Roe (Rochester),
W. H. Daly (Pittsburgh),
Charles H. Knight (New York).
Ort der nächsten Versammlung: Chicago. Lefferts.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Eduard Aber — Ferdinand Hirschwald †.

Das Centralblatt hat das Unglück gehabt, im Laufe eines einzigen Monats die beiden Senioren seiner Verlagsfirma durch den Tod zu verlieren. Am 8. September starb Herr Ferdinand Hirschwald, am 25. September folgte ihm Herr Eduard Aber, der älteste Mitbesitzer der Firma, die ihm zum grossen Theile ihren Weltruf verdankt. — Es ist hier nicht der Ort, auf die anderweitige, verdienstvolle Thätigkeit der beiden Heimgegangenen einzugehen, aber in Dankbarkeit möchte ich der stets bereitwilligen Hülfe und Förderung gedenken, die sie diesem Blatte in uneigennützigster Weise stets haben zu theil werden lassen. Mögen sie sanft ruhen!

Felix Semon.

Unserem werthen Mitarbeiter, Dr. A. Rosenberg (Berlin) ist der Professortitel verliehen worden.

Der Titel: Specialist für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten.

Bei dem soeben in Rom abgehaltenen vierten Congress der italienischen laryngo-oto-rhinologischen Gesellschaft ist das im Titel angegebene Thema vom Vorstande der Gesellschaft zur Discussion gestellt worden.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XV. Berlin, December. 1899. No. 12.

I. Jahresbericht

bearbeitet nach dem XV. Jahrgang des internationalen Centralblattes

(vom 1. Januar bis 1. November 1899)

von

J. Katzenstein, A. Kuttner, E. Meyer.

A. Allgemeines, Parotis etc.

In einer Reihe von Artikeln behandelt Semon (217, 269, 333) die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen und ihre Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten. — Der Bedeutung der Rhinologie, Laryngologie und Otologie für die allgemeine Medicin widmet E. P. Friedrich (313) eine Monographie. Mackenzie Johnston (179) betont die Wichtigkeit des Studiums der Rhino-Laryngologie. — Ein Vademecum und Taschenkalender für Ohren- Nasen- etc. Aerzte publicirt Jankau (464) und einen internationalen Adresskalender der Laryngologen und Otologen Lake (464). — Die Zahl der in dem letzten Jahre erschienenen Lehrbücher ist nicht gross, das Heymann'sche Handbuch ist beinahe zu Ende geführt, ausserdem liegt von A. Rosenberg (529) eine neue Auflage des schnell in Aufnahme gekommenen Buches: Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes vor, diesen beiden Büchern anzureihen ist die Chirurgie des Halses von Bottini (424). — Einen Ueberblick über die rhino-laryngologische Literatur des Jahres 1897 giebt Semon (1). A. A. Coolidge (391) fasst die neuere Literatur in einen Bericht zusammen. Jonathan Wright (5) unterzieht die Arbeiten B. Fränkel's, Semon's und Gluck's über den Kehlkopfkrebs und Grossmann's, Semon's und Grabower's über die Lähmungen einer kritischen Besprechung. — Thomas R. French (533) behandelt die Laryngologie und Rhinologie in den letzten 20 Jahren während A. C. H. Moll (497) speciell die Entwickelung unseres Spe-

cialgebietes in Holland schildert. Die Laryngologie des Galen stellt Goldbach (2) in einer Dissertation dar. — Berichte über Kliniken liegen vor von Gyselinck (97), Kayser (97), Gerber (98), Stetter (98) und Paul Koch (343).

Mit der Bedeutung der Mundathmung beschäftigen sich die Arbeiten von Clarence C. Rice (437), J. J. Bowen (437), James M. Crawford (437), Leslie Burrell (437).

Ueber die Röntgenstrahlen liegen eine ganze Reihe von Publicationen vor, die aber wenig Neues bringen, J. Sendziak (2, 145), A. Scheier (6, 91), A. Rosenberg (91, 146), H. Benedikt (6) und M. Mignon (500) behandeln dieses Thema.

In einer Redact. Notiz (437) wird der Umstand, dass Nansen und seine Leute während ihrer ganzen Expedition frei von Catarrhen blieben, während sie nach ihrer Heimkehr sofort von einer Erkältung befallen wurden, als Beweis dafür angeführt, dass die Erkältung eine Infectionskrankheit darstelle. — Physiologische Betrachtungen über Erkältung veröffentlicht Brück (99).

Die Erkrankungen der oberen Luftwege bei verschiedenen acuten und chronischen Krankheiten behandelt Sokolowski (100, 224) und J. C. Mullhall (498, 538), bei der Gicht Castex (498).

H. Stahr (280) fand beim gesunden Neugeborenen 2—3 submentale und 3 submaxillare Lymphdrüsen beiderseits. — In einer redact. Notiz (280) wird auf die Bedeutung der Hyperplasie der Rachen- und Gaumentonsillen für Drüsenschwellungen hingewiesen. — Calot (280) empfiehlt Chlorzinkinjectionen in die geschwollenen Drüsen bis zur Erweichung, dann Punction und Injection von Naphtholcampher.

Unter den Erkrankungen des äusseren Halses sind die Cysten des Halses in einer grösseren Reihe von Arbeiten behandelt. Casuistische Mittheilungen liegen vor von van Engelen (144), Siegenbeck van Heukelom (281), Ortez Cano (281) und Scudder (281). Lisjanski (5, 281) beschreibt ein Lymphangiom des Halses, Delagenière (392) ein Dermoid mit Fistelbildung. Sultan (5, 115) unterscheidet: 1. Cystenhygrome, die durch Störung in der Kiemenbogenentwicklung veranlasst werden können; 2. mittlere Halsfisteln vom Tractus thyreoglossus, welche meistens multipel von der äusseren Haut oder dem Foramen coecum gegen das Zungenbein verlaufen und blind endigen. — Coudray (281) publicirt einen Fall von Torticollis spasmodic., der durch Resection des äusseren Astes des Spinalis gebessert wurde. — Fälle von Phlegmone des Halses veröffentlichen Orlow (5), Kusnezow (5), Depage (143), van Engelen (143), Buys (143), von Angina Ludovici Webben (144), Ledermann (232).

Auf Grund von Thierexperimenten fand Jukowski (343) 3 Punkte an der Gehirnoberfläche, die Einfluss auf die Athmung haben: 1. Reizung der äusseren Partie der Pars praecruciata der Sigmoidalwindung bewirkt Beschleunigung, 2. Reizung zwischen Pars cruciata und Frontallappen verursacht tiefe Athembewegungen und bei stärkerem Reiz Stillstand in der Inspirationsphase, 3. Reizung im vorderen Drittel der 2. Grundwindung ruft Verlangsamung resp. Stillstand in der Exspiration hervor. Bei längerer Dauer des Reizes hört die Wirkung auf. —

E. Burgi (225) fand, dass die CO_2-Ausscheidung bei Arbeit auf der Höhe gesteigert ist, bei Trainirung ist die Vermehrung geringer.

Barth (223) beschreibt einen Fall von tonischem Krampf des Zwerchfells, zeitweise klonischen Krämpfen und einer Zwerchfelllähmung nach 2 Wochen, der geheilt wurde. — M. Sänger (345) führt das Gefühl von Athemnoth bei trockenen Catarrhen auf die verringerte Feuchtigkeit und die herabgesetzte Sensibilität der Schleimhaut zurück. — D. Braden Kyll (497) veröffentlicht einige allgemeine Bemerkungen über die Secretion der Schleimhaut der oberen Luftwege. — A. Fraenkel (343) fand beim Bronchialasthma eine massenhafte Desquamation in den mittleren und feineren Bronchien, so dass ein Verschluss ihres Lumens eintrat. Bei längerem Bestehen des Asthmas kommt es zu einer Erweiterung der feineren Bronchien und zur Verdickung, Infiltration und Gefässreichthum ihrer Wandungen. — v. Noorden (100) empfiehlt beim Asthma Atropin, A. Fraenkel (343) Hyoscin. hydrobrom. M. Gregor (500) Paraldehyd und Frese (500) Jodipin statt Jodkali.

Ueber den Foetor in Folge von Erkrankungen der oberen Luftwege hat Bayer (223, 262) eine Arbeit veröffentlicht.

Mittheilungen über Blutungen in den oberen Luftwegen machen Dreyfuss (100) bei Lebercirrhose und im Frühstadium der Tuberculose, W. Bittner (345) Arrosionsblutungen aus grossen Gefässstämmen, E. Stein (345) Blutung aus der Carotis in Folge von Abscess der Parotis und Reboul (20) nach Durchschneidung des Frenulum linguae.

A. Beck (291) fand die Secretionscentren für die Speicheldrüsen doppelseitig in den Facialiskernen. Bei centripetaler Erregung treten zunächst die excretorischen Centren in Thätigkeit, von diesen abhängig ist die Thätigkeit der trophischen Centren. — Wolfsohn (16, 403) stellte fest, dass die Speichelmengen bei Hunden von der Trockenheit der Nahrung, der Mucingehalt von ihrem Nährwerth abhängig ist, während die Parotis in jedem Falle gleich flüssigen Speichel secernirt. — Nach Hugenschmidt (403) ist die bactericide Kraft des Mundspeichels an die beigemengten Leukocyten und die die pathogenen Keime zerstörenden Saprophyten gebunden, während Henry L. Wagner (538) die natürliche Immuniät mit dem aus dem Mucin entwickelten pepsin- und trypsinhaltigen Ferment in Verbindung bringt. In einer redact. Notiz (403) wird die saure Reaction der Mundflüssigkeit im Schlafe hervorgehoben. — Küttner (144) beschreibt entzündliche, wahrscheinlich durch Entzündung der Mundhöhle hervorgerufenen Tumoren der Submaxillaris, welche den Eindruck maligner Tumoren machen. — Buys (153) theilt 2 Fälle von Speichelsteinen mit. Hartmann (292) einen, in dessen Centrum sich Streptococcen fanden, die er mit dem infectiösen Ursprung des Steines in Verbindung bringt. — G. Lotheissen (5) beschreibt 1 Sarcom und 1 Chondromyxosarcom der Submaxillaris, G. Löwenbach 2 Tumoren, die er als cylindromatöse Carcinome oder carcinomatöse Cylindrome auffasst. — Entzündungen der Parotis veröffentlicht Infield (51) in Folge von Trauma, Rénou u. Follet (179) nach Jodtincturpinselung, Danlos (393) durch Kalium jodatum, Fayette Ewing (167) in Folge von Verlegung des Ductus Stenonianus und Goldschmidt (179) einen Fall von Parotitis epidemica

mit tödtlichem Ausgang in Folge von Sepsis. — Casuistische Mittheilungen über Speichelfisteln macht van Heerswinghels (153), Goris (153) und M. Bolt (176). — Ein reines Angiom der Carotis sah Forchheimer (51), einen Mischtumor, der ein Endotheliom mit Ursprung im Bindegewebe darstellt, Curtis und Phocas (392). R. Meslay (180) exstirpirte einen Tumor der Parotis, der sich als tuberculös herausstellte, unter Facialisverletzung. — Meslay und Parent (392) unterscheiden eine disseminirte von einer confluirenden Form der Tuberculose der Parotis. Die Infection geht in beiden Formen meist vom Ductus Stenonianus aus, kann aber auch auf dem Blut- oder Lymphweg erfolgen. Die Entwicklung des Processes erfolgt meist indolent, schleichend, da es sich meistens um eine primäre und locale Affection handelt, so ist die Prognose für die radicale Operation günstig.

Avellis (5, 225) beobachtete eine functionelle Hypertrophie der Thymus bei kleiner Milz mit Suffocation, Dixon (345) einen Thymustod bei einem 6jährigen Kind.

B. Fränkel (499) tritt dafür ein, dass nicht nur das eingetrocknete, sondern auch flüssiges Sputum in kleinsten Tröpfchen (Flügge's Versuche) die Infectionsgefahr bei Tuberculose bedingt. Er empfiehlt aus diesem Grunde Mundmasken für die Phthisiker und Erziehung zum Bedecken des Mundes beim Husten. Cornet (499) hält dem gegenüber an der Infection durch trockenes, verstäubtes Sputum fest. — Kaposi (344) beschreibt Miliartuberculose der Haut und der angrenzenden Schleimhäute. — Sirot (145) fand, dass die Injection von 20 ccm des künstlichen Serums bei Tuberculösen Fieber hervorruft, bei Nichttuberculösen aber kein Fieber verursacht. Terre (145) bestätigt diese Versuche unter Betonung ihrer Ungefährlichkeit. — Faisans (345) weist auf die Wichtigkeit der Unstätigkeit des Pulses für die Prognose der Tuberculose hin.

E. Meyer (91) beschreibt 2 Fälle von Lupus, bei denen die Uebertragung wahrscheinlich durch gemeinsamen Handtuchgebrauch zu Stande kam. — Zur Behandlung von Lupus empfiehlt Stokes (326) die Einimpfung von Culturen vom oxygenirtem Staphylococcus pyogenes aureus, F. Schultze (357) die radicale Exstirpation, eine redact. Notiz (448) Curettement, Paquelin oder Cauter und Tct. Jodi, Lennox Browne und Wingrave (170) das Tuberculin R., Dundas Grant (170) das Xeron, S. Bang (6), Vinrace und Wingrave (170) und Reid (170) empfehlen die Lichttherapie.

Extragenitale syphilitische Primäraffecte publiciren A. Ebner (99, 344), A. Fournier (17), Perrogon (192). Einen sehr schweren, innerhalb 6 Jahren zum Tode führenden Fall von Syphilis, mit terminaler Tuberculose und Amyloidentartung theilt Gaston (407) mit. Bosworth (498) fasst skrophulöse Geschwüre entweder als hereditäre oder früh acquirirte Syphilis auf.

Bei den pseudomembranösen Affectionen hält Cheval (99) die bakteriologische Untersuchung für nothwendig für die Festsetzung der Therapie. — Charrin (225) injicirte 1 ccm Diphtheriegift in den Darm von Föten, unter 7 Versuchen trat 4 mal eine Intoxication der Mutter ein.

A. Frey (5) bespricht die Aetiologie, den Infectionsmodus, die Diagnose, Prognose und Therapie der Aktinomykose. Max Wolff und James Israel

(52) betonen im Gegensatz zu van Niessen (52) die Unität der Aktinomykose. Raewsky (345) fand, dass Jodnatrium auf den Aktinomyces entwicklungshemmend wirkt und empfiehlt die therapeutische Verwendung dieses Salzes.

Ueber Influenza liegen Arbeiten vor von Stewart (438), Schoonmaker (438), Raget (439), Plummer (439), Swayze (438), der die Grippe als Leuchtgasvergiftung, Faisans (439) als Ursache der Perityphlitis betrachtet. — Park (438) bestätigt Pfeiffer's bakteriologische Befunde bei Influenza. Smith (438) ist der Ansicht, dass der Influenzabacillus allein eine Pneumonie verursachen kann, aber meist in Verbindung mit dem Pneumococcus auftritt. Mittel gegen die Influenza empfehlen Hofheimer, Benedict, Ashburton Cutter (439), Bartholow, Bernard, Baccelli (440).

Bergengrün (203) behandelt die Lepra der oberen Luftwege nach ihrer Localisation und Erscheinungsform. Henry L. Wagner (586) beschreibt einen Fall von leprösem Ulcus der Lippen bei freier Nase, in dem die Diagnose bacteriologisch festgestellt wurde. — Schäffer (344) fand, dass von der Schleimhaut der oberen Luftwege Leprabacillen beim Husten, Niesen, Sprechen und Räuspern in die Luft gelangen, die dann andere Individuen von der Nasenschleimhaut inficiren.

Menzel (344) kennt keinen Pemphigus ohne Blasen; nach Platzen derselben bilden sich die Auflagerungen aus Fibrin mit poly- und mononucleären Leukocyten. H. v. Schrötter (98) und Fuchs (46) liefern casuistische Mittheilungen über Pemphigus.

Henry L. Wagner (536) fand bei Keuchhusten einen Bacillus, der 2 bis 3 mal so lang wie breit, an den Enden verdickt und abgerundet, in der Mitte getheilt ist und eine Kapsel besitzt, und den er für die Frühdiagnose verwerthet sehen will.

Vuillermin (225) hat die endogene Sporenbildung des Soorpilzes studirt. Nach seinen Untersuchungen ist er ein echter Ascomyces, für den er den Namen Endomyces albicans vorschlägt.

Burghart (100) fand, dass Chromsäure Ulcera an den Händen, Füssen, der Glans, den Augenlidern, dem Gaumen, Kehlkopf und dem Septum nasi verursacht und zu Bronchititis, Asthma, Tuberculose und Nierenaffectionen führt.

Hölscher (99) glaubt, experimentell nachgewiesen zu haben, dass die Aetherdämpfe keinen Reiz auf die Tracheo-Bronchialschleimhaut ausüben, eine Behauptung, der Felix Semon widerspricht. Hölscher hält die Affectionen der oberen Luftwege nach Aethernarkose für die Folge von Aspiration infectiösen Mundinhalts. Auch Calcar (224) führt einen grossen Theil der Schluckpneumonien auf den septischen Mundinhalt zurück und empfiehlt deshalb gründliche Reinigung des Mundes vor der Narkose. — Emil Mayer (536) empfiehlt bei Nasen- und Halsoperationen die Schleich'sche Anästhesie. Mit dem Cocain und Eucain befassen sich die Arbeiten von Wreden (52) (historisch), Reclus (52), Vinci (52), Pachon und Moulinier (180), Morton (282), die dem Eucain zum grossen Theil wegen der geringeren Giftigkeit und längeren Haltbarkeit der Lösungen den Vorrang einräumen.

Zur Sterilisation der Instrumente empfehlen Zarniko (180) und Körner

(181) Auskochen auch der Spiegel, während Schech (180) eine Desinfection mit 5 proc. Carbolwasser nach gründlicher mechanischer Reinigung für ausreichend erachtet. — Um das Beschlagen der Spiegel zu vermeiden, bewahrt Vacher (6) dieselben in 1 proc. Natriumcarbonat oder 1 pM. Quecksilbercyanür auf.

Instrumente.

Hopmann (181): Sterilisirbarer Halsspiegel.
Lack (393): Schlinge.
Gabe (393): Zungenhalter mit Thermometer.
Breitung (393): Sterile Glastupfer.
Heermann (393): Aseptischer Galvanokauter.
Lamann (393): Doppelbatteriegriff.
Yonge: Autoinsufflator in den Larynx.
A. Singer (394), Duke (394), Beale (394): Inhalationsapparate.

Therapie.

Zahlreiche Arbeiten liegen über Orthoform und Xeroform und Menthol vor. Swain (539) empfiehlt die locale Anwendung des wässrigen Nebennierenextractes wegen seiner kräftigen vasoconstrictorischen Wirkung bei acuten Congestionen, von therapeutischen Methoden bespricht Lamann (282) den Unterschied zwischen Electrolyse und Katalyse, Smester (6) die Siphonnage zur Reinigung des Mundes und Halses. Dunbar Boy (391) warnt vor dem Missbrauch der Sprays und des Kauters. Ueber die Indicationen der Inhalationscuren schreibt Ziffer (484).

E. Meyer.

B. Nase, Nebenhöhlen, Nasenrachenraum.

Wright (500) untersuchte das erectile Gewebe in der Nasenschleimhaut beim Stiere und beim Ochsen. Er weist wie Mackenzie und Fliess auf den physiologischen Zusammenhang zwischen der Thätigkeit des erectilen Gewebes in der Nase und der sexuellen Erregbarkeit hin. W. constatirte verschiedene Dicke des erectilen Gewebes der Nase bei dem castrirten und nicht castrirten Thier.

Nach Ayrton (346) haben Metalle keinen Geruch; die rasche Verbreitung eines Geruches kommt nach ihm weniger durch Diffusion der Riechsubstanz als durch die Luftbewegung zu Stande. Moll (8) beschreibt einen Geruchsmesser mit einer chemisch reinen Riechlösung nach Zwaardemaker. Letzterer selbst (227) bespricht die Reiz- und Geschmacksempfindung, welche Riechstoffe neben dem Riecheindruck hervorrufen. Tactile durch scharfe Riechstoffe verursachte Reizung ist auf das Diffusionsgebiet der durch die vordere Hälfte des Nasenloches eintretenden Luft beschränkt. Ungefähr dasselbe gilt für die gustative Reizung schmeckender Riechstoffe, so dass die Möglichkeit einer pharyngealen Geschmacksempfindung zugestanden werden muss. Die gustative Sensation hat eine sehr lange Reactionszeit, z. B. die süsse Empfindung im Geruch des Chloroforms: eine Secunde.

Wright (229) beschreibt hyaline Körperchen in Schleimpolypen der Nase, welche durch degenerative Vorgänge entstehen und ihren Ursprung in den Zellen des bindegewebigen Stromas haben. Neuberger (7) fand nach Durchschneidung des N. olfactorius bei der Ente Atrophie der caudal von der Operationsstelle gelegenen Hirntheile; die Riechschleimhaut erleidet danach keine Veränderung: die Riechzellen sind demnach in der Peripherie gelegene Ganglienzellen, Centren der Riechbahn erster Ordnung. Okada (228) liefert Beiträge zur Pathologie der Schleimpolypen der Nase; zur histologischen Darstellung der schleimhaltigen Theile der Polypen empfiehlt O. die Thioninfärbung.

Villegas (226) behandelt die Frage der Hygiene der Nase und der Nasenhöhlen.

Coulter (346) macht Mittheilungen über Prophylaxe bei Nasenkrankheiten und bespricht besonders den Einfluss der Kleidung und die Bedeutung der Erkältung auf die oberen Luftwege. Richards (441) räth in einem Artikel über die Toilette der Nase, dass schon die Kinder lernen sollen, mittelst einer Nasendouche, des Nasenbades oder des Zerstäubers ihre Nase mit einer warmen alkalischen Salzlösung auszuspülen. Ryerson (441) giebt eine Lösung zur Reinigung der Nase an, Lewis (441) empfiehlt Reinlichkeit bei Hals- und Nasenkrankheiten. Raugé (290) macht darauf aufmerksam, dass nach Nasenspülungen Störungen des Geruchs, Kopfschmerz, Ohrenentzündungen auftreten können und bespricht eingehend die Methodik der Irrigationen. Jacobson (291) stellte an Köpfen, die in der Höhe des 2. Halswirbels vom Rumpfe getrennt wurden, experimentelle Untersuchungen über Nasenspülungen und Nasenrachendouchen an. Depierris (290, 441) beschreibt die Methodik des Nasopharyngealbades mit seiner Pipette; das Instrument, aus dem die Flüssigkeit ohne Druck in die Nase einläuft, gleicht den bekannten Einrichtungen für Nasenbäder von Fraenkel, Jelenffy, Urbantschitsch.

Ueber die Beziehungen zwischen Nasen- und Augenkrankheiten berichten Stiel (59), Chambers (59), Seifert (102). Douliot (394) beschreibt einen Fall, in dem der Patient ein Jahr nach Verlust beider Augen Licht durch die Nasenöffnung wahrnahm: wahrscheinlich war ein Stück Retina erhalten und bestand eine verbindende Oeffnung zwischen Nase und Augenhöhlen. Schanz (398) beschreibt einen Fall von Luxation des Auges bei einem Glasbläser in Folge von Blasen durch die Nase. — Rost (57) berichtet über epileptoide Anfälle, die anscheinend durch nasale Verstopfung bedingt waren. — Lermoyez (445) behandelt eingehend einen Fall von Insufficienz der Nase bei Hysterie. Wells (397) betont, dass nasale Neurosen und nervöse Symptome der Nasenverstopfung auseinandergehalten werden müssen. Ziem (102) spricht über die Beziehungen der Nasenkrankheiten zur Psychiatrie. — Wells (350) empfiehlt bei Hautkrankheiten, die den gewöhnlichen therapeutischen Maassnahmen widerstehen, die Nase gründlich zu untersuchen. — Ueber die Aetiologie einiger nasaler Reflexneurosen berichten Meyjes (56) und Spiess (56); letzterer betont, dass die Berührung zwischen zwei Schleimhautflächen, die Verschiebung der Flächen gegeneinander oder die Einlagerung eines dritten Körpers zwischen die beiden Flächen z. B. eines Polypen oder Staub, Reflexneurosen erzeugen. Murray (502), Seiler (503)

führen an, dass Ausschläge im Gesicht durch Reflexvorgänge in Folge von nasalem Druck erzeugt werden können. Guder (57) bespricht Reflexerscheinungen von Seiten des Herzens bei Nasenkranken; durch Reizung der Riechschleimhaut konnte er Herzpalpitationen nicht auslösen.

Rein (283) giebt einen Ueberblick über die Krankheiten der Nase, des Rachens und des Nasenrachenraums. Bei Sycosis subnasalis behandelt Unna (53) die Nasenschleimhaut mit Spülungen von Decoct. Chinae, bei Besserung mit 1 pM.—$^1/_2$ pCt. Ichthyollösung; die Oberlippe verbindet er dabei mit Zinkoxyd-Schwefel- oder Zinkoxyd-Ichthyol-Salbenmull, bei schweren Fällen mit Ichthyol-Chrysarobin-Salbenmull. Lenzmann (3) theilt einen Fall von Furunkel des Naseneingangs mit, aus dem sich Oedem der Gesichtshaut und allgemeine Sepsis mit tödtlichem Ausgange entwickelte. Zur Behandlung von Acne vibrissarum verwendet Gerber (98) Resorcin- und Naphtholsalben. Pozzi (54) heilte Acne hypertrophica der Nase durch Ablösung derselben und nachfolgende rhinoplastische Operation. Péraire und Pilliet (54) theilen einen Fall von Acne hypertrophica der Nase mit. Sticker (350) betont die Häufigkeit des Primäraffectes der Acne in der Nasenschleimhaut. Comte (226) beschreibt einen Fall von Elephantiasis der Nase mit Excision der hervorragenden Stücke. Rice (504) behandelt den Nasencatarrh bei Kindern: er unterscheidet den acuten und chronischen, den einfach catarrhalischen und eitrigen, den hypertrophischen und atrophischen, den idiopathischen und symptomatischen Nasencatarrh. Hagedorn (505) empfiehlt bei chronischem Nasencatarrh Massage für hypertrophische Zustände und Xeroformeinblasungen gegen die Hypersecretion. Leonard (505) berichtet über chronischen Nasencatarrh. — Wade (9) bespricht den Nasencatarrh und seine Behandlung. Collett (181) beschreibt einen Fall von Coryza mit offenbarem Ursprung von den Zähnen. Red. Mittheilungen (8), Löffler (8), Courtade (8), Naegeli-Akerblom (8 und 182), Garel (9), Unna (9), Red. Notizen (9), Whitney (181), Red. Not. (182) geben Verordnungen zur Behandlung der Coryza; desgleichen Mc. Lean (503) und Malbec (504). — Permewan und Carter (503) beschreiben Fälle, in denen acute Rhinitis Anlass zu Allgemeininfection gab und das Fieber nach Behandlung des nasalen Leidens schnell nachliess; sie empfehlen, in dunklen Fällen von Infectionskrankheiten die Nase zu untersuchen. — Cullen (504) schreibt über Behandlung der Rhinitis. Red. Not. (9), Purkitt (182, 503), Saenger (503), Red. Not. (103) geben Verordnungen zur Behandlung der Rhinitis. Warren (503) schreibt über acute Rhinitis. — Nach Gerber (98) beruht die fibrinöse Rhinitis oft auf Infection mit Diphtheriebacillen; derselbe Autor schreibt (506), dass die nicht diphtherische fibrinöse Rhinitis in 2 bis 3 Wochen heilt und selten andere Schleimhäute inficirt. Lack (184) spricht über die fibrinöse oder membranöse Rhinitis und ihre Beziehungen zur Diphtherie; er fand bei 33 von 36 Fällen den Klebs-Löffler'schen Bacillus. Lacoarret (506) theilt 2 Fälle von fibrinöser Rhinitis mit, von denen der eine Kinder aus der Umgebung mit Diphtherie inficirte. Chapman (10) fand bei drei Fällen von Rhinitis fibrinosa keine Diphtheriebacillen, er legt mehr Werth auf die histologische Untersuchung: er constatirte in dem Exsudat viele polynucleäre Leukocyten, wenig Epithelzellen, einige Kokken, eingebettet in einem dichten

fibrillären Netzwerk. Dixon (9) veröffentlicht einen Fall von fibrinöser Rhinitis, Koch 2 Fälle von Coryza diphtherica mit reichlichem acuten Ausfluss ohne Pseudomembranen. Warnecke (347) beschreibt 1 Fall von Rhinitis pseudomembranacea mit Bildung eines Fibrintumors im Nasenrachen; die oberflächlichen Theile desselben enthielten Kokken, die tieferen Theile waren steril. Price-Brown (506) empfiehlt bei nicht diphtherischer pseudomembranöser Rhinitis die befallenen Individuen zu isoliren, bis die bacteriologische Untersuchung gemacht ist. — Lacoarret (10), Wroblewski (185) theilen Fälle von Rhinitis caseosa mit, desgleichen Molinié (185). Arslan (506) betont, dass die Rhinitis purulenta caseosa keine besondere Krankheit, sondern ein Symptom verschiedenartiger Complicationen und nicht durch Streptothrix alba bedingt ist. — Die polymorphen Rhinitiden kennzeichnen sich nach Pélacz (347) durch Hypertrophie, Atrophie, Veränderung der Secretion, ulceröse oder polypöse Wucherungen der Schleimhaut. — Converse (504) applicirt bei purulenter Rhinitis der Kinder nach Reinigung der Nase Europhen mit Zucker. — Robinson (505) bespricht die hypertrophische Rhinitis bei weiblichen Patienten in den Pubertätsjahren und warnt vor dem Missbrauch der Cauterisation bei der Behandlung derselben. Gerber (98) stellt fest, dass von den Rhinitiden am häufigsten die hypertrophische ist; bei dieser Affection ist Massage contraindicirt. Rhéti (11) trägt bei polypöser Rhinitis die Mitte und die Enden der kranken Muschel mit der Hoffmannschen Scheere ab, da sonst Recidive eintreten. — de Stella (505) beschreibt einen Fall von gonokokkischer Rhinitis bei einem Kinde; Lermoyez (505) empfiehlt zur Behandlung derselben Auswaschung und Einblasung von kleinen Mengen von Arg. nitr. fus. pulv. 0,18, Talci 9,0. Der Verfasser empfiehlt die Nase täglich mit Wattetampons, in Protargollösung von 1 : 50—1 : 10 getaucht, auszuwischen und dazwischen 3 mal täglich Salbe von Vaselin 13,5, Ac. boric. 1,35, Menthol 0,135 in die Nase zu streichen. — Todd (181) macht eine Form von äusserlicher Rhinitis durch Diphtheriebacillen bei Kindern, die sich in der Reconvalescenz von Scharlach befinden, bekannt; er constatirte sie 51 mal bei 365 Kindern und fand sie am öftesten bei Patienten zwischen 3 und 4 Jahren. Ueber die Beseitigung hypertrophischer Theile an den Nasenmuscheln machen Mittheilungen Myles (147), Permewan (148), Delavan (148), Hecht (148), Bloebaum (148), Hamm (148). Somers (442) studirte den Einfluss der Muschelhypertrophie auf den Pharynx. — Casselberry (182) behandelt die Symptome der atrophischen Rhinitis. Richards (11, 507), Poscher (183) geben Verordnungen zur Behandlung der atrophischen Rhinitis. — Für die Aetiologie der Ozaena sind nach Gerber (98) nicht allein bestimmte Bacillen, sondern auch Syphilis, Scrophulose und Infectionskrankheiten verantwortlich zu machen; die Nebenhöhlen fand G. in allen Fällen von Ozaena gesund. Die Ozaena ist nach Hecht (10) keine Erkrankung bacterieller, sondern trophoneurotischer Natur, da der bacteriologische Befund bei Besserung derselbe wie vorher ist. Rundström (182) veröffentlicht klinische Untersuchungen über die Aetiologie der Ozaena. Er findet im Secret aller Ozaenakranken den Kapselbacillus Friedländer's; das Aussehen desselben ist dem des Pneumoniebacillus ähnlich; er wächst wie dieser in Gelatine-Stichculturen; er zeigt dasselbe morphologische Aussehen, dieselbe Grösse,

wird auch nach Gram entfärbt, hat dieselben pathologischen Eigenschaften, tödtet weisse Mäuse, coagulirt Milch nicht, entwickelt in zuckerhaltigen Medien Gas; dieser dem Friedländer'schen Bacillus ähnliche Bacillus wird ausser bei Ozaena auch bei fötiden Rhinitiden gefunden; die hereditäre Lues spielt keine ätiologische Rolle bei der Ozaena. Chauveau (183) beschreibt 1 Fall von Ozaena bei einem Kinde von 51 Monaten mit laryngo-trachealen Complicationen und letalem Ausgang. Cholewa und Cordes (347) sehen in den fettigen Degenerationen, die bei Ozaena vorkommen, nichts Charakteristisches; fettige Degenerationen sind auch bei Nasenaffectionen ohne Foetor und Atrophie constant vorhanden. Das Wesentliche des pathologischen Vorgangs erblicken sie in einem selbstständigen und primären Schwund des Knochens. Durch den Knochenprocess wird die Blutzufuhr zur Schleimhaut gestört, die Atrophie derselben ist eine secundäre, desgleichen der Foetor, der durch die Bacterien vermittelt wird. Ozaena findet sich nach Meisser (348) nur bei Breitgesichtern; für das Zustandekommen derselben wirken zusammen Epithelmetaplasie der Nasenschleimhaut und Chamaeprosopie resp. weite Nasenhöhlen. Beiträge zur Behandlung der Ozaena geben Cheval (183), Cathelin (184), Bruck (348), Thomas (349), Gouguenheim und Lombard (349), Stetter (98), Lombard (10), Sila-Nowitzki (10), Mouret (11), Ferreri (11, 507), Rhéti (11), Bruck (11), Fasano (507), L. v. Schrötter (507), Hamm (507), Mc. Bride (507).

Gleason, Douglas, Roe, Watson, Bosworth, Asch (443) machen Mittheilung über Behandlung der Nasenstenose durch Septumverbiegung mit und ohne Verdickung der convexen Seite. Myles (444) berichtet über zwei Fälle von adhäsiver Nasenstenose. Newcomb (444) bespricht die nasale Verstopfung bei übertriebenem Hervorragen des vorderen Bogens der Halswirbel, Swail (444) die Nasenverstopfung und ihre Folgen. In der Vorlesung über Verstopfung der Nase betont Mendel (283), dass die Hauptfunction der Nase die Athmung, der Geruch nur ein secundäres Attribut derselben ist; zu Insufficienz der Nase geben nach M. Anlass Missbildungen des Skeletts, Entzündungen der Riechschleimhaut oder der Nebenhöhlen, Neubildungen. In symptomatischer Hinsicht entstehen aus der nasalen Insufficienz schlechte Blutzusammensetzung, Störungen durch mangelhafte Lüftung der Nase, Störungen durch ungenügende Menge der inspirirten Luft, Störungen durch Einathmen kalter, unfiltrirter Luft, Störungen durch Nichtbenutzung der Nasenwege. Guttmann (285) spricht über Verstopfung der Nase und ihren Einfluss auf den menschlichen Organismus, Buys (285) über intermittirende Nasenverstopfung, Wallace (285) über traumatische Entstellung der Nase mit Verstopfung derselben durch Verbiegung des Septums. Freudenthal (286) betont bei Verstopfung der Nase die Mundathmung dadurch zu beseitigen, dass man die Hindernisse in der Nase forträumt. Lermoyez und Boulay (445) sprechen über nasale Insufficienz und Verstopfung, Collier (102) bespricht den Zusammenhang zwischen Nasenverstopfung und Ohrenkrankheiten. Bruck (101) räth, die Nase auch ohne Speculum zu untersuchen, da bei der Rhinoscopia anterior der Luftstrom in der Nase eine andere Richtung erhält.

Noquet (227, 501) bespricht an der Hand von 3 Fällen die subjective Parosmie, Lacoarret (8) einen Fall von Kakosmie.

Stetter (98) wendet die Vibrationsmassage bei Schleimhauthypertrophien der Nase an, Browicz (14) bei hypertrophischen und atrophischen Processen der Nasenrachenschleimhaut; Hagedorn (505) befürwortet beim chronischen hypertrophischen Catarrh der Nasenschleimhaut die Bestreichungsmassage mit dem Hartgummicatheter. Löhnberg (289) giebt einen Apparat für Vibrationsmassage der Nasenschleimhaut an.

Bernoud (394) theilt 1 Fall von cystischer Degeneration beider mittleren Muscheln mit. Lavrand (228) bespricht die Aetiologie und Pathogenese der Schleimpolypen der Nase; er glaubt an die Theorie des entzündlichen Ursprungs der Polypen, weil stets Luft beladen mit verschiedenen Substanzen die Nase passirt. Swain (229) spricht über Nasen- und andere Polypen, Juler (395) über Nasenpolypen und ihre Entfernung, Mackenzie (230) giebt eine Vorlesung über Nasenpolypen für Aerzte, Wright (230) behandelt die Beziehungen der papillären, ödematösen Nasenpolypen zu den Adenoiden, Mackenzie (231) macht Bemerkungen über 1 Fall von malignen Polypen. Fullerton (444) bespricht 1 Fall von displacirter linker mittlerer Muschel durch Nasenpolypen. Shambaugh (184) bespricht die Krankheiten der Nase und ihrer Adnexa, bei denen Eiterausfluss vorkommt.

Casselberry (443) theilt die Deformitäten der Nasenscheidewand ein in 1. Excrescenzen oder Spinen, 2. Deviationen, 3. Combinationen von 1. und 2. Donelan (443) hat 6 Fälle von Deformitäten der knorpligen Nasenscheidewand nach Asch operirt. Drabczyk (15) verwendet bei Nasenscheidewandverkrümmungen, Exostosen, Hypertrophie der Nasenmuscheln die Electrolyse. Kyle (443) betont, dass bei jeder Deflection der Nasenscheidewand eine Modification der gewählten Behandlungsmethode vorzunehmen sei. Bayet (146) spricht über Destruction der Nasenscheidewand ohne Deformität der Nase, Douglas (147) über die Geradestellung der Nasenscheidewand, Abrashanow (146) ersetzt die bei Sattelnase verlorene Nasenscheidewand durch eine Knochenplatte von gewöhnlichem Thierknochen. de Blois (508) empfiehlt submucöse Operationen an der Nasenscheidewand mit Erhaltung der Schleimhaut. Ballenger (442) theilt einen Fall von Abscess an der Nasenscheidewand mit, der 4 Tage nach Operation mit der Säge auftrat. Leffingwell (442) führt Geschwürsbildungen am Nasenseptum und am Nasenboden auf einen varicösen Zustand im Nasenrachen zurück und behandelt sie mit Wasserstoffsuperoxyd. 2 Fälle von traumatischem Hämatom des Septums theilt Baurowicz (3) mit, ferner 1 Fall von blutendem Polypen des Septums, Yeardsley (147) einen Fall von Papillom, Eichler (147) einen Fall von Adenom, Douglas (443) einen Fall von papillärem Fibrom des Septums. Die Perforationen im Septum nach Typhus bespricht Hubbard (442). Als Ort der chronischen Perichondritis bezeichnet Somers (442) die Cartil. quadrangul. Als Ursache führt er an directes Trauma, z. B. einen Schlag, oder indirectes Trauma; als letzteres führt er die durch hypertrophische Muscheln hervorgerufene Ablenkung der Inspirationsluft an, die dann das Septum trifft anstatt der hinteren Rachenwand.

Bei älteren Leuten tritt profuses Nasenbluten nach Stachiewicz (13) ein activ nach Endarteriitis, Aneurysma der Nasenarterien und fettiger Degeneration, passiv bei Varicen des Septums und durch Bohren in der Nase. Nach Red. Not. (186) ist Nasenbluten oft ein Zeichen interstitieller Nephritis, tritt auch bei Urämie auf und zwar wegen des dann gesteigerten arteriellen Druckes; bei Apoplexie wird das Nasenbluten als ein günstiges Zeichen angesehen, indem es die Gefahr des apoplectischen Anfalls abwehren oder verringern kann. Baxter Matthews (186) theilt einen Todesfall durch Blutung infolge Ruptur der tiefen Gefässe der Nase mit. Verordnungen gegen Nasenbluten geben Bouzier (14), Fruitnight (14), Sireday (14), Didama (186), Red. Not. (186), Rendu (186), Rousseau (187), Roche (351).

Fremdkörper in Ohr und Nase beschreiben Barret (58), Storer (58), Fremdkörper in der Nase Winslow (58), Felizet (287), Molinié (287) solche bei Kindern. Fälle von lebenden Fremdkörpern in der Nase (Insektenlarve, Insekt) führen Carrière (286), Meyes (286) an. Zur Vernichtung von Larven in der Nase empfiehlt Scheppegrell (58) Eingiessung von Oel; die Insekten athmen durch ein Röhrensystem, das sich mit Poren an den Seiten des Körpers öffnet: diese verstopft das Oel. Bousquet (286), Conell (287) geben Anordnungen zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase. Fälle von Nasensteinen beschreiben Garel (58), Raoult (58), Poole (58), Maljutin (398), Helsmoortel (286), Rueda (286).

Die nasale Hydrorrhoe ist nach Brindel (346) ein Transsudationsvorgang, bei dem das Blutserum durch die Maschen des submucösen Gewebes durchspritzt. B. traf glanduläres Gewebe nur sehr spärlich; es handelt sich also um eine Art Oedem der Schleimhaut mit unmittelbarer Excretion des flüssigen Extravasates. Lichtwitz (55) behandelte Heufieber mit Erfolg mit Orthoform. Müller (55) giebt Verordnungen gegen das Heufieber. — Fischer (101) beschreibt einen Fall von Hydatidenerkrankung des Gehirns.

Scheppegrell (285) macht eine Mittheilung über Bronchitis mit besonderer Berücksichtigung der gestörten Nasenathmung. Guye (398) betont in einer Abhandlung über Bronchialasthma und Athmung die Nothwendigkeit der nasalen Behandlung. Boucheron (9) bezeichnet in einem Falle Streptococcen-Rhinitis als mögliche Ursache für Asthma. Das Asthma bronchiale beruht nach Talma (57) auf Krampf der Muskeln der Luftwege; das charakteristische Geräusch entsteht durch exspiratorische Verengerung in den oberen Luftwegen, der Trachea, dem Larynx, dem Pharynx; P. heilt das Asthma auf Grund von Untersuchungen Zwaardemaker's durch Respirationsübungen mit sich daran anschliessenden Sprachübungen. Nach Clar (57) reagirt das nervöse Asthma bei Erkrankungen der Nase oft auf Luftwechsel, bei Ortswechsel oder Wetterwechsel am Orte. Ueber nächtlichen Krampfhusten mit Coryza und Erbrechen bei Kindern macht Gastow (56) Mittheilung.

Nach Carralero (346) ist bei Kindern die Coryza die constante, meist zuerst auftretende, oft einzige Manifestation der hereditären Syphilis. A. Kuttner (185) untersuchte eingehend die syphilitischen Granulome der Nase, die weit emporragende, breitbasig oder gestielt aufsitzende Geschwülste sind, während die

ihnen ähnlichen Gummigeschwülste sich nur hügelförmig aus der Schleimhaut erheben. Die Granulome sind beständiger, als die gewöhnlich Zerfallserscheinungen aufweisenden Gummata. Fälle von Nasensyphilis beschreiben Lang (12), Lermoyez (349), Bernoud (349), Rosenthal (398), Sarremone (508); letzterer betont die Bedeutung des Schmerzes für die Diagnose der Nasenlues. Weidenfeld (395) beschreibt luetische Nasengeschwüre von seltener Ausbreitung, Red. Not. (185) giebt eine Verordnung für syphilitische Coryza beim Neugeborenen.

Sticker (350) betont die Häufigkeit des Primäraffectes in der Nasenschleimhaut bei Lupus und Lepra. Ripault (508) behandelt Lupus der Nase abwechselnd mit der Curette und dem Thermokauter, Lang (508) veröffentlicht Operationsresultate bei Lupus der Nase. Heron (12) heilte Lupus der Nase durch Injection von Tuberculin R.

Scheppegrell und Sticker (13) stellten fest, dass bei Lepra fast stets die Infection in der Nase Platz greift. Jeanselme und Laurens (13) fanden bei 15 von 25 Leprösen zunächst chronische Coryza und besonders Nasenbluten, die Schneider'sche Membran ist geschwollen und arrodirt, die unteren Partien des Septums sind geschwollen und bluten leicht; später wird die Nase deformirt, verkürzt, es tritt Sattelnase ein. Die zuletzt eintretende Perforation des Septums sitzt im unteren Theile desselben. Der Geruch ist fast ganz erhalten, es besteht Anästhesie, die Hansen'schen Bacillen finden sich im Nasensecret und bei Nasenbluten im Blut. Der Nasenschleim der Leprösen ist demnach äusserst virulent und wohl fast stets der Krankheitsübertrager.

H. v. Schrötter (98) theilt einen Fall von Tuberculose der Nase mit, Silberstein (350) zwei Fälle von Tuberculose der Nase und des lymphadenoiden Rachengewebes.

Je einen Fall von Rhinosclerom beschreiben Schötz (230), Weidenfeld (395), Kaposi (231), Campbell (231); in dem letzten Falle heilte die Affection nach Typhus.

Batko (350) macht Mittheilung von einer chronischen Rotzinfection bei einer Bauernfamilie, von der 3 Jahre lang rotzkranke Pferde gehalten wurden: es erkrankten der Vater an Abscessen, bei einem Kinde äusserte sich der Rotz unter dem Bilde von Ekz. scrophulos. introit. nas., bei der Mutter und einem anderen Kinde unter den Erscheinungen des eitrigen Nasencatarrhs. B. wandte Malleininjectionen an, ob mit Erfolg, wird nicht angegeben.

Martin (230) beschreibt eine Geschwulst der Nase mit Myeloplaques. Casselberry (508) beschreibt einen Fall von Nasenfibrom, Coomes (395) zwei Fälle von Fibroangiomen in Nase und Rachen, Glasgow (230) einen Fall von Angiom der Nase, Mc Kinney (395) einen Fall von Papillom der Nasenhöhle. — Moore (231), Bryan (501) beschreibt ein Angiosarcom der linken Nasenhöhle, Hopkin (232) ein Adenocarcinom der Nase. Clark (508), Sendziak (2), Nichols (231) publiciren je einen Fall von Sarcom der Nase. Klein (232) giebt eine pathologisch-histologische Studie über eine seltene Combination von Sarcom und Carcinom der Nasenhöhlen. Thorner (395) beschreibt einen Fall von Adeno-Carcinom der Nase. Hamilton (396) veröffentlicht einen Fall von Carcinom der unteren Nasenmuschel, Bloom (396) einen Fall von Epitheliom der Nase. Krieger (226) giebt einen Beitrag zur

Kenntniss vom Rhinophyma: es handelte sich um einen Fall von Oesophaguscarcinom, in dem sich an der Nase ein dem Rhinophyma ähnlicher Tumor entwickelte, der sich als Carcinom erwies.

Der Meningococcus intracellularis (Weichselbaum) kommt nach Schiff (101) in der Nasenhöhle nicht-meningitis-kranker Individuen öfter vor, wenn die Erkrankung sporadisch auftritt: zur Infection der Meningen gehört individuelle oder locale Disposition der Gewebe. Park und Wright (101) studirten die Nasenbacterien bei Gesunden. Ueber Affection der Nase bei Milzbrand berichtet Strubell (101).

Rice (289) erörtert, bei welchen Zuständen der Nase und des Rachens die Galvanokaustik angewendet werden soll und wann nicht. Monscourt (289) spricht über die Galvanokaustik und die nasalen Synechien. Fink (15) empfiehlt, die Galvanokaustik in der Nase auf das geringste Maass zu beschränken und hauptsächlich zur Beseitigung der vielen Reflexneurosen, die von der Nase ausgehen, zu gebrauchen.

Roe (502) bespricht die Correction nasaler Deformitäten durch subcutane Operation. Brown (445) empfiehlt die Anwendung von Gummiröhren nach intranasalen Operationen; er bevorzugt glatte, zusammendrückbare, elastische Röhrchen. Bardes (445) empfiehlt nach Nasenoperationen Amadou (Fungus ignarius) zur Blutstillung. Mayer (391) lässt sich bei der Mittheilung eines Falles von Exstirpation einer Cyste der mittleren Muschel über die Theorie aus, dass eine chronische Entzündung der Nasenschleimhaut, die sich auf den Knochen verbreitet, an diesem hyperplastische und dann resorptive Vorgänge auslöst.

Spiess (289) behandelt die Anwendung der Röntgen-Strahlen in der Rhino-Chirurgie.

Anderson (502), Hartwig (502) beschreiben je einen Fall, in dem die abgehauene Nasenspitze 35 resp. 20 Minuten nach der Abtrennung angenäht wurde und glatt anheilte. Goris (396) operirt, wenn das Gesicht behufs Zugang zur mittleren Nasenhöhle abzuschälen ist, nach dem Vorgange von Bardenheuer mit der Modification, dass er den häutigen Theil des Septums schont und durch die Oberkieferhöhlen hindurch gegen die Siebbeinzellen vorrückt. v. Navratil (98) berichtet über die Operation einer Deviation und Spina durch Aufschneiden der Nase. Garel (289) beschreibt seltene Nasenbrüche mit Necrose und Ausstossung der unteren Muschel. Bei eingesunkenem Nasenrücken richtet Davis (289) denselben nach der Methode von Cooper auf. Navratil (357) bespricht einen Fall von Osteoma frontis. Die Ursachen der Nasendeformitäten sind nach Goodwillie (54) congenitale, traumatische Hypertrophien und Tumoren der Knochen oder Weichtheile, maligne, specifische, constitutionelle Erkrankungen; er bespricht die Operationsmethoden der Rhinoplastik an der Hand operirter Fälle. Keen (501) beschreibt die Correction einer geheilten Nase. Goodale (501) verbessert die übertrieben römische Nase, indem er die überschüssigen Partien des Septums durch intranasale Operation entfernt, die Nasenknochen von ihrer maxillaren Verbindung löst, den knöchernen Kamm der Nase herabdrückt, bis er dem neugebildeten oberen Septumrand aufliegt und indem er schliesslich die seitlichen Wände fracturirt und herabdrückt. Lossen (226) machte eine Rhinoplastik mit

Einfügung einer Hartkautschukprothese, Cheyne (227) stellte den Nasenrücken mittelst eines Kaninchenknochens wieder her, Suslow (227) heilte eine nach Verwundung verunstaltete Nase durch Transplantation des Ohrläppchens. Moore (501), Cottam (502), Cassidy (54) beschreiben Fälle von plastischen Nasenoperationen; Preindlsberger (54) nahm eine partielle Rhinoplastik nach Entfernung eines Epithelioms aus dem linken Nasenflügel vor. Herman (55) entnimmt die zur Rhinoplastik zu verwendenden Hauttheile aus der Haut der Wangen auf der Grenze der Regio nasalis und Regio infraorbitalis.

Craig (148) erörtert nach den Arbeiten von Zuckerkandl und Hajeck die Grössenverhältnisse und Entwickelung der Nebenhöhlen. Lamb (352) giebt einen Bericht über Diagnose und Symptomatologie der Nebenhöhleneiterungen. Lermoyez (352) bespricht Diagnose und Behandlung der acuten Entzündungen der Nebenhöhlen für Nicht-Rhinologen. Feier (351) behandelt die Eiterungen der Nebenhöhlen, Kiaer (356) das latente Empyem der Nebenhöhlen. Die tertiäre Syphilis der Nebenhöhlen entsteht nach Gilbert (357) fast stets im Anschluss an gummöse Knochenentzündungen in der Nase; er unterscheidet klinisch die auf die Nase beschränkte und die auf den Schädel übergreifende Form, betont die Gefahr der cerebralen Complicationen durch Meningitis, Encephalo-Meningitis oder Sinusthrombose. Er giebt Jod und Quecksilber in grossen Dosen. Die Radicaloperation bei chronischen Verschleimungen und Eiterungen der Nasennebenhöhlen behandelt Röpke (355).

Durch Eindringen von septischen Secreten in die Nebenhöhlen entstand nach Roure (151) Osteoperiostitis des Kiefers und der Orbita bei einem Neugeborenen. Moll (151) betont das „Ehemals und Jetzt“ in der Erkenntniss der Kieferhöhlenkrankheiten anlässlich Helms Aufsatz: La sinuisite maxillaire du roi Louis XIV. Escat (16) beschreibt seine Methode der retromaxillaren Erhellung der Kieferhöhle. Lucius (355) bespricht die Diagnose der Kieferhöhlenabscesse. Grossmann (355) fand in polypösen Wucherungen, die der Kieferhöhle eines an Empyema antri Highmori Operirten entstammten, zahlreiche hyaline Körperchen. Stewart (355), Turner (356) theilen Fälle von Cysten der Kieferhöhle, Lanwers (356) einen Fall von Fibrom, Ruthen (151) einen Fall von Osteosarkom derselben mit. Halász (355) theilt 10 Fälle von seröser Erkrankung des Sinus maxill. mit. Saint-Hilaire (151) beschreibt 2 Fälle von Empyem der Kieferhöhle nach Tamponade der Nasenhöhlen, Kayser (97) 27 Fälle von Empyem des Antr. maxill. Zur Behandlung des Empyems des Antr. maxill. äussern sich Struycken (151), Meyjes (152), Herzfeld (152), Port (152).

Für die Diagnose der Stirnhöhleneiterung sind nach Gouly (354) drei Symptome bezeichnend: Schmerz an der Nasenwurzel, nasale Verstopfung, eitriger Ausfluss aus der Nase oder dem Nasenrachenraum. 2 Fälle von Sinuisitis der Stirnhöhle beschreibt Goris (149). Ramond (149) veröffentlicht einen Fall von eiteriger Entzündung der Stirnhöhlen, beider Highmorshöhlen mit Streptokokkenbefund nach Erysipel, bei dem der Tod durch Hirnabscess eintrat. — Bei einem Fall von Empyem der Sin. frontales mit Usur der ganzen vorderen Wand führt Gerber (352) als Aetiologie 3 Factoren an: Ozaena, Lues, Trauma. Fälle von Stirnhöhlenempyem beschreiben Stewart (353), Karutz (353), Furet (353).

Bei Stirnhöhlenempyemen treten nach de la Personne (149, 351) intermittirende Schmerzen wie bei Facialisneuralgie, ferner Symptome seitens der Ciliarnerven auf, wie Photophobie, Thränen, Accommodationslähmung; in selteneren Fällen stellt sich danach Phlegmone der Orbita ein. Wilson (149) beschreibt einen Fall von Abscess der Stirnhöhle mit Durchbruch durch die äussere und innere Wand und Abscess des Stirnlappens. Ferner bespricht Jocqs (351) die Augenaffectionen nach Stirnhöhlenempyem. Einen Fall von Fisteln der Stirnhöhle beschreibt Poisson (353), von vermuthlicher Pneumatocele der Stirnhöhle Meyjes (150), von Osteomen der Stirnhöhle Tauber (353), von Sarkom der Stirnhöhle Berger (15). Einen Fall von intracranieller Geschwulst, die ein Empyem an Stirnhöhle vortäuschte, theilt Prioux (353) mit; der Tumor hatte sich aus der Gegend des Siebbeins entwickelt, eine Stirnhöhle existirte nicht. Zur Behandlung und Operation des Stirnhöhlenempyems machen Mittheilungen Swain (352), Barth (150), Depage (150), von Zur Mühlen (150), Golowin (354), Etiévant (354).

Baumgarten (98) beobachtete bei einem 12jähr. Mädchen nach Scharlach ein Empyem der Siebbeinzellen mit Orbitalabscess und colossaler Auftreibung der mittleren Muschel. de la Personne (149) beobachtete bei Siebbein- und Keilbeinentzündungen zahlreiche Complicationen seitens der Orbita wie Retinitis, Neuritis optica, Irido-Choroiditis, Muskellähmungen. Onodi (148) beschreibt ein Präparat, dass sich durch die starke Entwickung und ungewöhnliche Lage der Ethmoidalzellen auszeichnet. Auvray (150) publicirt einen Fall von Endotheliom (Psammom) der Siebbeinzellen. Goris (150) behandelt die Operation des Empyems der Siebbeinzellen.

Kayser (97) giebt bei Erörterung von 3 Fällen von Keil- und Stirnhöhlenempyemen an, dass die Polypen bei Empyem röthlich aussehen, während sie sonst blass aussehen und wasserhaltig sind.

Joel (445) veröffentlicht einen Fall von linksseitigem häutigem Verschluss der Choane, der mit dem Galvanokauter zerstört wurde, desgleicher Kayser (445) einen Fall von einseitiger Atresie der Choane, bei dem die Operation abgelehnt wurde; Baumgarten (285) beschreibt einen Fall von knöchernem Verschluss der Choane. Jourdanet (398) betont, dass schmerzhafte Dysphagie, die länger als 3 Wochen dauert und im Rachen und Nasenrachenraum ihren Sitz hat, auf Syphilis schliessen lässt. Fougeray (59), Red. Not. (187) geben Verordnungen für chron. Nasenrachenraumentzündung. Sawyer (105) behandelt die Bedeutung des frühen Erkennens der Vergrösserung der Rachentonsille. Caw (107) spricht über adenoide Wucherungen im Rachen, Caz (107) theilt ambulatorische Beobachtungen über adenoide Wucherungen mit. Strandbygaard (107) wies bei 83 pCt. von 568, Stawell (105) bei 6 pCt. von 12600 untersuchten Kindern adenoide Wucherungen nach. Joél (103) behandelt die acuten Entzündungen der Rachenmandel. Jervey (402) betont die Wichtigkeit der Diagnose der adenoiden Vegetationen für den praktischen Arzt. Zur Feststellung der Diagnose der adenoiden Wucherungen empfielt Kantorowicz (400), da er die Digitaluntersuchung für unästhetisch und peinlich hält, durch den Mund einen Wattetampon in den Nasenrachenraum zu führen, der bei Vorhandensein der Wucherungen mit Blut bedeckt ist. Kittredge (401) behandelt die adenoiden Wucherungen und

ihre Complicationen bei Kindern. Ueber nasale Verstopfung, die adenoide Wucherungen vortäuschte, spricht Barbour (102). Die adenoiden Wucherungen erzeugen bei Erwachsenen nach Hellat (107) oft Symptome, die Aehnlichkeit mit denen der Neurasthenie haben, ferner locale Erscheinungen vom Ohr, der Nase, dem Pharynx und Larynx. Mayer (391) beschreibt starke Adenoide bei einem Erwachsenen ohne Symptome von Seiten der Ohren, obwohl beiderseits der Eingang der Tuba Eustachii verschlossen war. Thomas (187, 400) beobachtete, dass Strabismus nach Entfernung von Adenoiden verschwand. Baeth (102) behandelt die Beziehnungen zwischen Rachenmandel und Ohr. Nach Lucas (400) entstehen bei Adenoiden Otitiden durch fortscheitende Entzündungsvorgänge und durch mechanische Verstopfung; diese Otitiden können nach L. zu Taubstummheit führen. Hessler (109) operirte bei acuter Mittelohrentzündung die vergrösserte Rachenmandel, nachdem der Höhepunkt der allgemeinen und lokalen entzündlichen Erscheinungen vorüber war, aber noch im entzündlichen Stadium der Ohraffection, die dadurch günstig beeinflusst wird. Barrett (106) nimmt an, dass die Taubstummheit Folge der zu späten Operation der Adenoiden sein kann. Stawell (105), Hamilton (106) sind der Ansicht, dass Adenoide ätiologisch für Taubstummheit nicht verantwortlich zu machen sind. Sendziak (109) behandelte dagegen erfolgreich die Taubstummheit durch Entfernung der Adenoiden. Boulai (401) beschreibt einen Fall, in dem Kehlkopfspasmen durch Adenoide verursacht wurden. Zimmermann (103) fand bei 16 Kindern mit Pseudocroup 11mal Adenoide, bei 6 Fällen verschwand derselbe dauernd nach Entfernung der Adenoiden. — Smith (104) publicirt einen Fall, in dem durch die Adenoiden spasmodische Contraction der ary-epiglottischen Falten und Kehlkopfstridor erzeugt wurden. Lepontre (401) behandelt das adenoideAsthma; die Anfälle sind reflectorischen Charakters, der Ausgangspunkt des Reflexvorgangs liegt in der Nasenverstopfung; Heilung nach Operation der Adenoiden. Francis (102) hat als seltenere Folge nach Adenoiden epileptiforme Krämpfe beobachtet; desgleichen veröffentlicht Hitchcock (509) einen Fall von Zusammenhang zwischen Adenoiden und Epilepsie. Nach Huchard (400) stehen Endocarditiden und Pericarditiden öfter mit Adenoiden in Relation. Zander (109) beschreibt einen Fall von starker Blutung bei Operation von Adenoiden, in einem anderen Falle hatte er ein Stück vom Vomer mit herausgenommen. Grönbech (401) beobachtete bei 235 Patienten mit Adenoiden 36mal Enuresis nocturna; 24 davon wurden operirt, 17 geheilt. Bilhaut (104) fand, dass Adenoide oft Ursache der Scoliose oder des sanduhrförmigen Thorax sind. Nach Hertoghe (103) ist das Myxödem immer von Nasenrachenraumstörungen begleitet und sind die Adenoiden oft von Thyreoidarmuth begleitet. Gouguenheim (104) wendet sich gegen die von Gallois vorgenommene Verquickung von Scrophulose und Adenoiden: bei Scrophulose ist das Gesicht gedunsen, bei Adenoiden mager; die Lippen sind dünn, der Mund steht halboffen; bei Adenoiden bestehen selten Halsdrüsenschwellungen, oft Gehstörungen; bei Adenoiden bestehen keine Hauterscheinungen, bei Scrophulose oft Augenkrankheiten; Erfolg der Operation bei Adenoiden. Auf die Beziehungen zwischen Adenoiden und Tuberculose machen Dempel (103), Bilhaut (104) aufmerksam. Nach Lauffs (105) schwand in einem Falle Prolapsus ani nach Ope-

ration von Adenoiden. Lichtwitz (15) entfernte bei Operation von Adenoiden eine Exostose der Rachenwölbung. Zur Behandlung und Operation der Adenoiden machen Mittheilungen Seifert (109), Sendziak (108, 109), Cholewa (110), Jancquet (110), Delavan (402), Jousset (402), Kyle (108), Proben (105), Stawell (105). Hinkel (509) berichtet über einen plötzlichen Todesfall nach der unter Chloroformnarkose vorgenommenen Operation von Adenoiden. Bliss (509) bespricht das Recidiviren von Adenoiden nach ihrer operativen Entfernung.

Gallet (188) beschreibt 2 Fälle von Interthyromaxillaroperation von Retropharyngealtumoren. Fälle von Nasenrachentumoren beschreiben Lavisé (188), Marcelle (188), Depage (187), Dandois (187), Compaired (60), Kuhn (59), Chibret (399), Lacoarret (60), Moure (400), Brault (60), v. Leyden (395). Partsch (188) beschreibt eine neue Methode der Gaumenresection bei Geschwülsten der Nase und des Nasenrachenraums. Lavisé, Depage und Debaisieux (188) beschreiben Fälle von temporärer Resection des Oberkiefers nach Kocher zur Entfernung von Nasenrachentumoren. Lanwers (399) hat 11 mal die Präventivligatur der Carotis ext. behufs Resection des Kiefers bei Operation von Tumoren der Nase, des Nasenrachenraums ausgeführt.

Instrumente:

Fein (111), eine neue Nasenscheere; Amberg (111), Sojo (291), ein neues Nasenspeculum; Lack (393), eine neue Schlinge für Nasenoperationen; Breitung (393), sterile Tupfer für die Nase; Heermann (393), aseptische Galvanokauter; Thompson (110), eine Zange für adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum; Chappell (110), eine Zange und Curette zur Entfernung von adenoiden Wucherungen; Denker (110), eine Scheere zur Entfernung von Adenoiden; Sojo (291), einen Gaumenzäpfchenheber.

J. Katzenstein.

C. Mundrachen.

Cohen Tervaert (175) beschreibt 2 Fälle von Pulsation des Pharynx in Folge von abnormem Verlauf der Arteria pharyngea ascendens.

W. Einthoven (114) untersucht die Bewegungen des Pharynx.

Koplik (405) beobachtete 1—5 Tage vor Ausbruch von Masern kleine, unregelmässige, hellrothe Flecke an der Innenfläche der Lippen und Wangen, in deren Centrum sich eine bläulich-weisse, kleine Stelle findet. Bei der Eruption sind diese Flecke auf der Höhe ihrer Entwickelung, um dann abzublassen.

Von den Fremdkörpern des Pharynx und ihrer Entfernung handeln die Publicationen von Baurowicz (3), St. Clair Thomsen (205) und Taulbee (498).

Semon (206) veröffentlicht einen Fall von Pharyngolaryngitis sicca bei einseitiger Rhinitis atroph. — Wingrave (209) beschreibt eine beiderseitige symmetrische Verdickung, die hinter den hinteren Gaumenbögen bei einem 26 jährigen beginnend nach der Mittellinie des Velum palatin. zieht. Spicer, Hill, Law und St. Clair Thomson stellen über die Aetiologie dieses in der Discussion verschiedene Ansichten auf. — Casuistische Mit-

theilungen über Retropharyngealabscesse sind von Hofmokl (4), Mayer (391), Kayser (97) (2 Fälle nach Influenza) und Djagilow (364) (nach Entzündung der Rachentonsille) gemacht.

H. v. Schrötter (99) theilt einen Fall von centraler, halbseitiger, motorischer und sensibler Lähmung des Pharynx und Larynx mit. Tilly (432) bespricht die Lähmungen des Pharynx, Velum und Larynx bei Syringomyelie. — Lambert Lock (138) sah clonischen Krampf der hinteren Pharynxwand bei einem 19jährigen Mädchen. — Hope (510) beobachtete Husten, Erbrechen, Aura vor Kehlkopfschwindel als Reflexe von der Uvula. Dana (510) weist auf die Herabsetzung des Uvularreflxes als frühes Zeichen nervöser Degeneration hin. Garel (364) kommt zu dem Schluss, dass ein Kranker, der länger als 3 Wochen ohne Unterbrechung an Schluckschmerzen leidet, fast in jedem Fall als syphilitisch angesehen werden darf (!). van der Horst (114) bemerkt, dass eine hartnäckige, schmerzhafte Pharyngitis als erstes Symptom von secundärer Syphilis beobachtet wird. — Plaques muqueuses auf der hinteren Pharynxwand sah Bergeat (114). — Die Wichtigkeit der Untersuchung des Nasenrachens bei syphilisverdächtigen Fällen betont Moreman (408), während Somers (408) der bacteriologischen Untersuchung die grösste Bedeutung für die Differentialdiagnose Syphilis und Diphtherie zuschreibt. Willcocks (205) und Walsham (205) beschreiben Fälle von Verwachsung des Velum mit der hinteren Pharynxwand. — de Santi (207) die operative Behandlung eines solchen.

Bei der Pharyngomycosis sah Law (319) die Krypten von verhorntem Epithel erfüllt, Potter (326) Leptothrixfäden und Epithelzellen. Toeplitz (114) bearbeitet dieselbe Erkrankung. Nach Law ist die Therapie wirkungslos, während Tilley, Grant, Hill (319) das Salicyl local als wirksam empfehlen.

Von Tumoren des Pharynx erwähnt Stooss (114) eine behaarte, aus dem Nasenrachen in den Mundrachen herabhängende Geschwulst bei einem ½jährigen Kind; Oppenheimer (364) ein angeborenes Angioma simplex der linken Gesichts- und Halsseite, der linken Velumhälfte, der linken Gaumenbögen, Tonsille, Plica pharyngoepiglottica und Epiglottis. — Kayser (97) theilt zwei Fälle von Carcinoma pharyngis, Dépage (155) einen operativ behandelten Fall mit.

Das Velum palatinum wird nach Louis Rousseau (235) nicht vom Facialis, sondern vom Vago-accessorius innervirt. — Gutzmann (265, 388, 511) studirt die normale Bewegung des Velum. — Potter (326) beschreibt eine Velumparese, combinirt mit einer Paresis postici dextri, deren Ursache Grant in den Accessorius und Hypoglossuskern verlegt. Tilley (432) sah eine Lähmung des Velum, Pharynx und Larynx bei Syringomyelie bei intacten Halsmuskeln. — Grant (319) beobachtete bei Velumparese und gleichzeitiger Rhinitis hyperplastica sigmatische Dyslalie. — Avellis (23) veröffentlicht einen Fall von clonischen Gaumenmuskelkrämpfen mit objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch, bei dem die Durchschneidung des Tensor veli gänzlich wirkungslos blieb. — Bernhardt (23) sah rhythmische Gaumensegelcontractionen. — Tumoren des Velum beschreiben Bullard (236) ein Adenom, Dubose (235) Dermoide, die Ausgangspunkt eines Epithelioms werden können (Verneuil'sche Einschlusstheorie),

Bond (428) ein Lipom, Waggett (433) einen Naevus varicosus des linken hinteren Gaumenbogens. Schellong (236) unterscheidet Papillome und Polypen einerseits, Sarcome andererseits, meist bei Männern. — Lawrence (324), Browne (329) und Greffin (446) veröffentlichten Fälle von gutartigen Neubildungen der Uvula. — Mittheilungen über maligne Tumoren machen Doubre (23) in einer Besprechung der Berger'schen Arbeit (cf. Centrallblatt 1897), Baurowicz (3), Gevaert (113), Downie (141, 416), Browne (446), Zwillinger (476) über Epithelioma veli palatini; Grovik (50) über ein Sarcom, Gevaert (113) über ein Adenosarcom und Gratia (113) über ein endotheliales Angiosarcom.

Tuberculöse Ulcerationen des Velum publicirt Parker (430), Barbier (512) und Smith (512). — 3 Fälle von Ulcerationen des Velum bei Stomatitis mercurialis sah Levin (511).

Vidal (236) bespricht gelegentlich der Beobachtung von 4 Fällen angeborener Gaumenspalte in einer Familie die Theorien ihrer Entstehung, er neigt der von Grohé ausgesprochenen Ansicht zu, dass durch Hypertrophie der Schädelbasis besonders des Vomer das Os incisivum nach vorne gedrängt und dadurch die Vereinigung beider Gaumenhälften verhindert werden. Er zieht die Uranoplastik der Staphylorrhaphie und wiederholten Aetzungen vor. — Fein (511) sieht in adenoiden Vegetationen die Ursache der Gaumenspalte, Tändler (511) wiederspricht dieser Ansicht, weil zwischen dem Verschluss der Gaumenplatte und der ersten Entwicklung der Rachentonsille wenigstens 3 Monate liegen. Agar (429) beschreibt einen Fall von linksseitiger Gaumenspalte mit deformirtem Vomer. — Henke (153, 510) bespricht die Anomalien der Uvula, Dworetzky (446) theilt 2 Fälle von Uvula bifida mit. — Die Technik der Uranoplastik und Staphylorrhapie behandeln Goris (113), Chiari (361), Flatau (389) und Vincent (511). E. Owen (23) empfiehlt die Vornahme der Operation am weichen Gaumen früh, am harten frühesten mit 2 Jahren, am hängenden Kopf in Narkose. Haderup (23) empfiehlt nach der Operation Sprachgymnastik und Massage des Velum und des Wulstes.

Siebenmann (266) unterzieht das Verhalten der Nasenhöhle und des Gaumens bei verschiedenen Formen des Gesichtsschädels einer Untersuchung. — Grosheintz (361) bezieht die Hypsistaphylie in der Regel auf Raceneigenthümlichkeiten, nicht auf Nasenstenose, während Mayo Collier (328) die Abhängigkeit der Kiefer- und Gaumendeformität von Nasenverstopfung hervorhebt.

Baumgarten (112, 213) veröffentlicht eine Beobachtung von einem Ulcus des harten Gaumens unbekannter Natur. — Tuberculose des harten Gaumens resp. des Oberkiefers erwähnt Avellis (189) als Ursache von Kieferhöhlenempyem bei Kindern und Ducastel (235). — Syphilis des harten Gaumens sahen Barnhill (512), Dufour (113) und Danlos (235) letzterer bereits 10 Monate nach der Infection. — Lichtwitz (189) beobachtete eine acute, traumatische Osteomyelitis des Oberkiefers.

Preindlsberger (509) beschreibt ein Fibroma maxillae super., welches den geschlossenen Mund und die Nasenöffnungen verdeckte, Brault (112) ein primäres Epitheliom des harten Gaumens bei Leukoplacie in Folge alter Syphilis.

— Nach einer Beobachtung Schultze's (18) entwickelte sich ein Osteom des Oberkiefers um einen in abnormer Richtung entwickelten Zahn.

Eine myogene Kieferklemme durch schwielige Degeneration und partielle Verknöcherung beider Temporales (multiple Exostosen Virchow's) beschreibt von Friedländer (18). — Fenwick (393) operirte einen pulsirend, prall elastischen, aus varicösen Venen bestehenden Tumor unter dem linken Unterkiefer, der mehrere Jahre nach einen Fall auf das Kinn entstanden war. — Stetter (98) sah eine hühnereigrosse Unterkiefercyste im Bereiche der linken fehlenden Molares. — Die Aschenanalyse eines Knochens bei Phosphornekrose spricht nach Offer (509) dafür, dass die Nekrose nicht auf die directe Einwirkung der Phosphordämpfe auf das Knochengewebe zu beziehen ist, sondern auf eine durch den starken chemischen Reiz hervorgerufene, proliferirende später ossificirende Periostitis. — Lavisé (189) liess eine tadellos functionirende Vulcanilprothese nach Resection des Unterkiefers anfertigen.

Cadwallader (19) sah einen überzähligen Zahn genau in der Mittellinie des Gaumens in der Querverbindung der beiden ersten Molares. — Deutz (510) hält die Atrophie der mittleren Tuberkel der oberen Incisivi im Gegensatz zu Hutchinson nicht für charakteristisch für Syphilis hereditaria, sondern für einen Anfang der Reduction der ventralen Schneidezähne. — Nach Dieck (19) reizt die Dentikelbildung in der Pulpa der Molares den Trigeminus. — Während Fournier und Maurice (451) eine Schwärzung der Zähne bei längerem Sulimatgebrauch constatiren konnten, verneinen Galippe und Tenneson diese Beobachtung. — Die Krankheiten des Zahnfleisches behandelt Sobel (402) in einer Arbeit. — Lenzmann (3) sah eine primäre Tuberculose in der Zahnfleischwunde nach einer Zahnextraction entstehen.

In der bereits erwähnten Arbeit bespricht Sobel (402) auch die Krankheiten der Lippen. Elephantiasis der Lippen sah Winkler (213) bei einem starken Raucher mit Leucoplacia oris et linguae, bei dem Lues nicht nachweisbar war. — Einen Primäraffect der Lippen beobachtete Fournier (17), Lippensyphilis Albertin (17) und van Engelen (358). — Hanry (17) veröffentlicht eine Geschwulst der Lippen von dunkler Natur, Wildersinn (358) eine Teleangiectasia lymphatica der Unterlippe. — Albertin (17) heilte ein recidivirendes Carcinom der Unterlippe und des Kiefers operativ mit vollkommenem ästhetischem und functionellem Resultat, Jeanbrau (358) durch Pinselung mit alkoholischer Acid.-arsenicosum-Lösung. — Lawrence (208) sah eine maligne, warzige Geschwulst der Unterlippe.

Die Innervation der Schleimhaut der Mundhöhle besorgt nach Schlesinger (404) wahrscheinlich der distale Abschnitt der spinalen Trigeminuswurzel. — Alexander (93) stellte in der Berliner laryngologischen Gesellschaft einen Patienten mit Verätzung der Mundhöhle durch Noortwyk'sche Tropfen vor. — Haga (3) giebt eine Zusammenstellung über die kriegschirurgischen Erfahrungen aus dem chinesisch-japanischen Kriege. Unter 1105 Verwundeten waren 74 Gesichts- und Halsschüsse. — Nach einem Conamen suicidii heilte A. Weber (3) durch Naht und Tamponade eine Schussverletzung, deren Einschuss zwischen Larynx und Kinn lag. Den Mundboden, die Zunge, das Mittelstück des Unter-

kiefers, die Oberlippe, die knöcherne und knorpelige Nase und ihre Weichtheile verletzend war das Projectil zwischen Nase und Stirn wieder herausgetreten.

Zeiken Takenaka (20) beschreibt eine Stomatitis gravidarum im 6., 7. und 8. Schwangerschaftsmonat, die er für wahrscheinlich reflectorisch hält. — Martin (152) sah eine Stomatitis 2 Tage nach Antipyringebrauch (Pemphigus) auftreten. — Albert (152) beobachtete bei Cavallerie im Sommer 3 Epidemien von einer dem Herpes nahestehenden, gutartigen, mit Erosionen der Lippen, des Gaumens und der Zungenspitze einhergehenden, in 10 Tagen abheilenden Stomatitis. Bacteriologisch fand er Staphylococcen und kleine Bacillen. — Schumacher (405) beschreibt das Aussehen der Ulcera bei Stomatitis mercurialis als flach, ausgedehnt, grau mit rothem Hof, sehr empfindlich und weist auf den Fötor hin. — Klotz (404) sah 2 Fälle foudroyanter Stomatitis mercurialis bei Angina resp. Peritonsillitis. — Mongour (292) weist nach, dass die von Sevestre und Gaston beschriebene, durch Staphylococcus aureus verursachte, diphtheroide Stomatitis mit der alten ulcerös-membranösen Stomatitis identisch ist. — Calvé und Rappin (404) fanden bei Stomatitis ulcerosa Spirochaeta denticola und Spirillum Obermeieri; ob dieselben pathogen, bleibt zweifelhaft. — Bernheim (19) fand bei Stomatitis ulcerosa einen bestimmt charakterisirten Bacillus und Spirochaeten, deren Cultur nicht gelang. — Von Löffler und Frosch (19) redigirt liegt der Bericht der Commission bei dem Institut für Infectionskrankheiten zur Erforschung der Maul- und Klauenseuche vor. — Die Behandlung der Stomatitis mercurialis bespricht Lanz (404). — Kissel (404) wendet bei Stomatitis ulcerosa Jodoform eventl. den scharfen Löffel an. Smithson (405) heilte eine Stomatitis phlegmonosa bei septischer Pneumonie mit Streptokokkenserum.

Waldin (112) unterscheidet 3 Formen von Herpes der Mundhöhle: a) Angina herpetica, b) Zoster bucco-pharyngeus, c) chronisch recidivirend.

Einen Primäraffect sah Matzenauer (19) in der Mitte zwischen Wangenschleimhaut und Angulus mandibulae.

Schütz (153) beschreibt 3 Fälle von Leukoplakia oris bei Psoriasis. — Schultze (293, 405) ist der Ansicht, dass die Melanoplakia keine übermässig seltene Krankheit ist und hält dieselbe nicht für charakteristisch für den Morbus Addisonii.

H. Lenzmann (171) sah ein Ulcus tuberculosum des Zahnfleisches im Anschluss an Zahnextraction entstehen, nach 3 Monaten Spitzenaffection. 3 Monat später Exitus. Aus der Unwirksamkeit der Milchsäure im Munde schliesst er auf ihre Unwirksamkeit im Larynx. Blumenfeld (121) widerspricht dieser Ansicht. — Erdheim (403) heilte ein Ulcus tuberculosum der Wange durch subcutane Anwendung von Extr. Teucri Mosetig.

Fälle von Xerostomie veröffentlichen Lartegan (292) und Ward (293).

Klapp (20) unterscheidet die Dermoide des Mundbodens in epidermoide (Cysten mit Cutisstructur) und eigentliche Dermoide, bei denen auch die Anhangsgebilde der Haut sich in der Cystenwand finden. Kleine machen keine Beschwerden, grosse behindern Sprache, Kauen und Athmen. Bei den gelblichen Dermoiden bleibt Fingerdruck zurück. Ranula hat lateralwärts keine genaue Begrenzung. Dermoide liegen entweder innen oder aussen von der Mundbodenmuscu-

latur und sind meist nur mit dem Zungenbein fester adhärent. — Rasch (293) theilt 2 Fälle von Warzen der Mundhöhle mit, in einem derselben bei einem 16jährigen Mädchen waren dieselben nach Aufsaugung von Blut einer Fingerwarze entstanden. — Ein nussgrosses Adenofibrom der Wange, wahrscheinlich von den Speicheldrüsen ausgehend, veröffentlicht Hugo (358). — William Moore (357) behandelte ein Cancrum oris mit Tagliacozzi'scher Transplantation. Einen Fall von Noma veröffentlicht Klautsch (510), von Carcinom des Mundbodens Depage (293).

Bei Versuchen über den elektrischen Geschmack fanden Hofmann und Bunzel (16) bei einsteigendem Strom (Anode auf Zungenspitze) metallisch sauren AnS-Geschmack. Ka auf Zunge bitterer KaS-Geschmack. KaOe-Geschmack rasch vorübergehend säuerlich. Die elektrische Geschmacksempfindung ist auf dem Zungengrund reiner. Auf den hinteren Zungenpartien constatirten sie eine süssliche Componente beim KaOe-Geschmack. Die Zungenränder verhalten sich wie die Spitze. Bei der Cocainisirung tritt ein Stadium ein, in dem KaOe-Geschmack, aber kein KaS-Geschmack vorhanden ist. Wahrscheinlich ist die Geschmacksempfindung durch directen Nervenreiz und durch elektrolytische Producte bedingt. Zeynek (291) nimmt nur die letztere Ursache für die elektrische Geschmacksempfindung an. —

Küttner (297) untersuchte die Lymphgefässe und Lymphdrüsen der Zunge mit Beziehung auf die Verbreitung des Zungenkrebses. — Von Missbildungen der Zunge beschreibt Hönigschmied (22) 2 vollkommen ausgebildete Zungen (die accessorische hing von der hinteren Pharynxwand in den Pharynx herab) und Helsham (23) eine Zungenspalte bei $8^1/_2$ Monat altem Kinde bei vollständigem Defect des Velum. — Brault (21) heilte Makroglossie und Lymphectasien am Halse und Gesicht mit zapfenförmiger Amputation und Punction der Lymphangiome. — Goodale (447) unterscheidet 4 Formen der Zungen- und Mund-Entzündung: a) acute parenchymatöse, durch Streptococcen bedingt, b) eitrige Entzündungen, c) parenchymatöse durch Diphtheriebacillen, d) angioneurotische. Acutes circumscriptes Oedem sah er an Lippen, Mund und Zunge auftreten. — E. Adams (154) beobachtete eine Glossitis membranacea mit Staphylococcenbefund bei einer Nephritica, Baudouin (294) eine ganz stationäre Glossitis exfoliativa. — Nach Stetter (98) ist die Verhornung der Papillae circumvallatae und der Zungentonsille häufig. — Coffinas (447) bespricht das Aussehen der Zunge bei wichtigen Krankheiten. — Die Länge und Dicke der Papillae filiformes und die Auflagerung der Hornschicht bedingt nach Fuchs (293) den Zungenbelag. Beide Factoren werden durch mangelhafte oder fehlende Reinigung der Zunge durch Speisen und Bewegungen unterstützt. — Die schwarze Haarzunge wird von Vollmer (21, 448) nicht als parasitäre Krankheit aufgefasst, sondern als Hyperkeratose mit abnorm festem Zusammenhang der verhornenden Stachelzellen in Folge von Reizung der Zungenschleimhaut. — Einen circumscripten schwarzen Fleck auf der Zunge beschreibt Potter (328). — Du Castel (449) erörtert die Differentialdiagnose der Leucoplacie gegen Lingua geographica, Herpes, Syphilis und Lichen planus. Als Behandlung empfiehlt er Vermeidung der Reize, Mundpflege und Adstringentien, event. eine chirurgische Behandlung der Fissuren und

Ulcera. — Petit (294) sah Psoriasis linguae nur bei Gichtikern, er legt den Hauptwerth auf die Allgemeinbehandlung. — Rauschoff (440) empfiehlt die Decortication der Zunge bei Psoriasis linguae. — Goodale und Herves (448) beschreiben einen Fall von Urticaria der Zunge bei einem an Verdauungsstörungen in Folge Fehlens der Salzsäure und Herabsetzung des Pepsingehaltes des Magensaftes leidenden Mann, welche nach Behandlung des Magens heilte. — Sebillan (20) unterscheidet zwischen flach aufliegenden (traumatischen, syphilitischen, tuberculösen und Raucher) und hervorragenden (tertiär syphilitisch, Epitheliom, tiefliegende Tuberculose) Ulcerationen der Zunge. — Duplay (296, 447) und Berger (295) erörtern die Differentialdiagnose zwiscken einfachen oder dentalen (traumatischen), syphilitischen, tuberculösen und carcinomatösen Geschwüren, Fournier (448) die Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Carcinom. Koch (343) berichtet über Ulcerationen der Zunge bei Epilepsie. — Tuttle (294) sah Knötchen und Ulcera der Zunge, die zuerst für Syphilis, dann für Actinomycose gehalten wurden und sich mikroskopisch als entzündlich hypertrophisches Gewebe mit zahlreichen langen und dicken Leptothrixfäden erwiesen. — Pini (295) stellte histologische Untersuchungen über Zungensyphilis an. — Irsai (50) und Gottheil (449) theilen Fälle von Gummi der Zunge mit. — Cysten der Zunge, die mit dem Foramen coecum communiciren, sind von Furnivall (154) und J. Killian (155) veröffentlicht. Ein Fibrom beschreibt Agar (139), ein Keloid nach Verbrennung bei 3monatlichem Kind Gevaert (154). Lennhoff (21) publicirt ein venöses Angiocarcinom, einen Fall von Angiom der Zungenunterfläche, das spontan heilte, Molènes (449); multiple, ca. 24 stecknadelkopf- bis linsengrosse, zeitweise Blutungen verursachende Angiome Morelli (476); je einen Fall von Lymphangiom Balzer und Gauthéry (450) und Richardson (450). — Blanc (450) exstirpirte ein 4 Jahr bestehendes Papillom bei einem 55jährigen Mann, das das typische Bild eines Papilloms darbot, nur im Stiel fand sich eine Proliferation epithelialer Zellen, so dass die Umbildung einer gutartigen in eine bösartige Geschwulst in diesem Falle wahrscheinlich ist. — Marion (296) beobachtete Sarcome der Zunge meist bei jugendlichen Individuen als gestielte oder interstitielle Tumoren. Ihre Consistenz ist wechselnd, sie ulceriren früh, entwickeln sich rapide und führen, falls nicht eingegriffen wird, zum Exitus. — Targett (154) sah 11 Sarcome der Zunge, Littlewood (154) ein Rundzellensarcom der Zungenmitte nach Verbrühung bei einem 17jährigen Mann. — Fälle von Carcinoma linguae veröffentlichen Weil (22), Spencer (141, 203) und Habart (297), letzterer auf syphilitischer Basis bei einem Tabiker. Ein sehr interessantes Präparat zeigen Fournier und Gaston (451), in dem in der Peripherie gummöse, im Centrum epitheliomatöse Veränderungen waren. Morel-Lavallée (450) sah neben einem Epitheliom entzündliche Schwellung, die auf Sublimat- und Calomelinjection nachliess, auch Gaston (450) nimmt neben dem Epitheliom interstitielle Glossitis an, die er mit Sublimatspülungen behandelt. — Butlin (155) empfiehlt bei der Operation von Zungencarcinomen immer die Lymphdrüsen aus dem vorderen Halsdreieck mit zu entfernen. Unter 102 Operirten hat er 20 seit länger als 3 Jahren recidivfrei, 11 seit kürzerer Zeit. — Für die Pharyngotomia transhyoidea zur Zungenexstirpation treten Vallas (22) und Viannay (291) ein, für

die Pharyngotomia subhyoidea Spencer (141), während Semon (142) und Butlin (142) ihre nach dieser Methode operirten Fälle von Kehlkopfkrebs letal enden sahen. — Lavisé (155) exstirpirt nach der Methode von Withehead; Warren (451) vom Mundwinkel aus nach Verabreichung von 0,0006 Atropin zwecks Austrocknung, Baumgarten (22) von der Regio submaxillaris. Serrano (297) empfiehlt die partielle Zungenexstirpation, während Mas (297) immer die Totalexstirpation als die erheblich sicherere Methode bevorzugt. Gaston (450) behandelt Zungencarcinom local mit Acid. arsenicosum.

Somers (21) bespricht die fibröse Hypertrophie der Zungentonsille, Didsbury (156) und Robinson (451, 535) diese Erkrankung als Ursache von Reizhusten. — Die Entfernung der hyperplastischen Zungentonsille ist nach Winkler (21) mit Ringmesser oder gebogener Scheere nothwendig bei häufigen Katarrhen derselben, und wenn die Bewegungen der Epiglottis durch die Hyperplasie behindert sind. In den Arbeiten von Sendziak (63), Bayer (294), Katz (294), Caz (361) und Lublinski (407) wird die Angina und Peritonsillitis der Zungentonsille der Betrachtung unterzogen, zum Theil unter Berücksichtigung einschlägiger Beobachtungen. — Ein syphilitisches Erythem der Zungentonsille ist nach Seifert (451) selten, während Papeln bei fast allen Fällen von Papeln im Rachen vorhanden sind. Gummöse Infiltrate der Zungentonsille erinnern an Hypertrophie, die glatte Atrophie des Zungengrundes ist nach S. nicht pathognostisch für Syphilis. — Eine Schilddrüse an der Zungenbasis beobachteten Hansemann (390) und Reintjes (174, 452). Im letzteren Falle trat nach der Exstirpation Myxoedem auf. — Zarniko (296) beschreibt ein Lymphosarkom der Zungentonsille mit Uebergreifen auf die Gaumenmandel, das zuerst als einfache Hyperplasie imponirte. — Kronenburg (172) beschreibt einen Fall von Erstickungsanfällen im Schlaf durch Verschlucken der Zunge.

J. Killian (60) veröffentlicht entwickelungsgeschichtliche, anatomische und klinische Untersuchungen über die Mandelbucht und die Gaumenmandeln. — Paterson (139) leitet die Fossa supratonsillaris von der 2 Kiemenspalte ab. Ihre Ausdehnung und Lage ist von der Entwickelung des adenoiden Gewebes abhängig. Sie ist, wie auch Spicer, Hill und Thomson (139) anerkennen, von grösster pathologischer und chirurgischer Bedeutung. — Walsham (190) führt die Epithelperlen in den Tonsillen entweder auf abgeschupptes, in den Krypten retinirtes Epithel oder auf fötale Inclusion zurück. Die knorpeligen und knöchernen Knötchen in den Tonsillen hält derselbe Autor (61, 359) ebenso wie Wingrave (61, 137) für vom 2 Kiemenbogen ausgehende fötale Bildungen. — Dicke Schnitte durch hypertrophische Tonsillen zu Lehrzwecken demonstrirt in der Londoner laryngologischen Gesellschaft Wingrave (430).

Aus dem Umstand, dass auf die Tonsillen aufgeblasene Pulver sehr schnell aufgenommen werden, schliesst Hendelsohn (61), dass die Tonsillen eher Infectionsstellen als Schutzorgane für den Organismus darstellen. Pinder (190) ist auch der Ansicht, dass die Tonsillen eine Bildungsstätte für Leukocyten sind, aber doch nur eine minimale Schutzwirkung ausüben. Jessen (359) und Karageosjanetz (359) vertreten dieselbe Anschauung. — Masini (190) injicirte 0,4—0,6 g Mandelextract vom Hund pro Kilo Meerschweinchen. Er fand zunächst

eine Steigerung des arteriellen Blutdruckes wie beim Nebennierenextract. Nach kurzer Zeit sinkt der Druck unter die Norm. Die Aktion des linken Ventrikels wird zuerst beschleunigt, dann verlangsamt. Das Extract erkrankter Tonsillen blieb unwirksam. Er schliesst daraus, dass die Tonsillen ein internes Secret liefern, das den Arteriendruck steigert.

Eine klinische Besprechung aller Erkrankungen des lymphoiden Gewebes des des Halses veröffentlicht Lavrand (111). — Chauchard (62) beobachtete die encystirte, lacunäre Angina besonders bei jugendlichen Individuen im Frühling. Unter leichten Schluckbeschwerden entsteht bei geringen Allgemeinerscheinungen ein getreidekorn- bis kirschkerngrosser Tumor, aus dem ein Ulcus entsteht, das mit einem Gummi verwechselt werden kann, die Ränder des Ulcus sind regelmässig, eine Tendenz zum Fortschreiten besteht nicht, die Prognose ist gut. — Buys (190) spricht die Nasenverstopfung als Ursache für viele Anginen an. — Le Clerc (233, 408) sah eine typische Angina als Einleitung eines Gichtanfalles. — Chappell (280) lenkt die Aufmerksamkeit auf Ausschläge über Brust und Rücken bei Angina, die Scarlatina vortäuschen können, aber höchstens 24 Stunden bestehen und sich nicht ausdehnen. — Als Folgekrankheit nach Angina beschreiben Troisier und Decloux (112) eine Phlebitis (Streptococcenangina), Zilgien (62) wochenlang bestehende Angina pectoris, die er als toxische Neuralgie des Plexus cardiacus auffasst. — Bei bacteriologischer Untersuchung der Tonsillen fanden Bezançon und Griffon (61) constant Pneumococcen. Sie benutzten als electiven Nährboden für Pneumococcen das Serum junger Kaninchen. Vedel (360) fand bei 3 erythematösen und 2 pseudomembranösen Anginen den Pneumococcus. — Nach Nicolle und Hébert (232) verursacht der Friedländer'sche Bacillus eine chronische und eine besonders charakterisirte acute Form der Angina. — In 1 Fall von Angina ulcerosa fand Raczynski (111) den Bernheim-Pospiszil'schen Bacillus, bei einer Angina membranosa Russel Thompson (111) neben Kettencoccen, lange, kurze und dicke Bacillen. Meunier und Bertherand (233) wiesen bei diphtheroider Angina einen leptothrixartigen Organismus, Vincent (234, 406) 10—12 μ lange, spindelförmige Bacillen, deren Cultur bisher nicht glückte, Sacquépée (406) endlich spindelförmige Bacillen, Spirillen, Staphylo- und Pneumococcen nach. Lartigan (406) bezeichnet als Tetragenus-Angina diejenigen Fälle, in denen Tetragenus prävalirt und bestimmte Virulenz besitzt, er beobachtete 3 derartige Fälle. — Nach Billings (406) ist der Scarlatina-Streptococcus nicht diagnostisch verwerthbar.

Als sehr seltene, von Diphtherie verschiedene Krankheit bezeichnet Richardière (363) die primäre Gangrän des Rachens. Dieselbe tritt nach einem Trauma oder im Verlaufe oder nach einer acuten Infectionskrankheit diffus oder local auf. Symptome: Fötor, Dysphagie, nasaler Ausfluss, Abgeschlagenheit, Blässe, Anorexie, Verdauungsstörungen. Bacteriologisch: Leptothrix, Staphylo-, Strepto-, Pneumococcen, Tetragenus, Diplococcen in Ketten, kein specifischer Erreger. — Therapeutische Rathschläge für Angina geben Carrière (190), Redact. Notiz (191), Fabricius (191) Marphan (406).

Mit den Tonsillarabscessen und der Peritonsillitis beschäftigen sich die Arbeiten von Sendziak (2, 63), Sargnow (359) (chronische encystirte Abscesse

der Mandel, er unterscheidet fistulöse mit oder ohne Tumor und cystische, tonsilläre und peritonsilläre) Treitel (360) — chronische Tonsillarabscesse als Ursache kryptogener Pyämie — Baurowicz (3) — Betheiligung der rechten Kehlkopfhälfte — Baldwin (63). — Somers (114) erwähnt Zusammenhang zwischen Peritonsillitis und Gelenkrheumatismus, Stucky (191) mit harnsaurer Diathese. — Finder (62, 95) weist mikroskopisch nach, dass die follikularen Abscesse oder käsigen Herde durch Retention ihres Inhalts erweiterte Lacunen sind. — Moure (63) empfiehlt die galvanokaustische Eröffnung der Mandelabscesse, Stucky (191) die Eröffnung der Peritonsillitis mit dem Spier'schen Ohrlöffel.

Die primäre Tuberculose der Tonsillen ist nach Oppenheimer (63) nicht übermässig selten. Tuberkelbacillen sind häufig auf den Tonsillen ohne Zeichen allgemeiner oder localer Tuberculose nachgewiesen. Die Infection kann primär durch unsaubere Instrumente, Luft und Nahrung stattfinden. Die Verkäsung in den Tonsillen ist selten. Die Tonsillen können dabei normal erscheinen, sind aber meist hyperplastisch. — Walsham (64) fand unter 34 Mandeln Tuberculöser 20 tuberculös erkrankte, während intra vitam nur 2 nachgewiesen waren.

Perrogon (192) sah einen Primäraffect der Tonsille. Andry und Iversène (63) und Bryson Delavan (192) theilen Fälle von Gummigeschwülsten der Mandeln mit. Finder (62, 95) weist nach, dass die Stellen, die klinisch als Condylomata lata erscheinen, subepitheliale Infiltration und sehr erhebliche Epithelverdickūng zeigen.

Fälle von Papillomen der Tonsillen veröffentlichen: Paterson (139), Reintjes (174), Sharman (319), de Santi (434); von Fibroadenoma pendulum Finder (62, 95); von Fibrolipom Avellis (64); von nussgrossem Tumor der linken Tonsille und des Arcus palato-pharyngeus H. v. Schrötter (360); von Angiom Hartmann (192). Buys und Labarre (472) zeigen ein Präparat und Schnitte von gutartigem Papillom der Mandel mit cystischer Degeneration. Lawrence (208) beobachtete eine Hypertrophie der Tonsille mit Drüsenschwellung $^1/_2$ Jahr nach der Tonsillotomie. Butlin und Semon (208) glauben an eine Mischform von Lues und Tuberculose in diesem Fall, Spencer empfiehlt die Untersuchung auf Löffler'sche Bacillen.

Wingrave (167) sah ein Epitheliom der Tonsille bei Syphilis. Dundas Grant (169) veröffentlicht einen Fall von malignem Tonsillartumor. Milligan (167) sah einen klinisch malignen Tumor auf Pyoktaninjectionen zurückgehen. — Fränkel (64) bespricht die Technik der Operation des Mandelkrebses, Phocas (64) die verschiedenen Methoden der Tonsillarexstirpation. — Gleitsmann (86) empfiehlt die Schlitzung der Tonsillen bei chronischer Tonsillitis.

Instrumente.

Gleitsmann (86) Haken zum Schlitzen der Tonsille. Tonsillotom.

Lack (140) Schlinge für Nase und Hals.

Möller (512) Gaumenhaken.

E. Meyer.

D. Diphtherie und Croup.

Barbier (299) bringt eine eingehende Betrachtung über die Art der Diphtherie-Infection. Sie ist nach seiner Meinung nicht auf den Hals beschränkt, sondern verbreitet sich über die ganze Respirationsschleimhaut, über die Eingeweide und die nervösen Centralorgane. Deshalb muss man jedem auf die Allgemeininfection hinweisenden Symptom besondere Aufmerksamkeit schenken. Schwäche und Frequenz des Pulses, Blässe, Erbrechen, Nierenaffectionen müssen, da das Heilserum ja nur zur Bekämpfung des Diphtheriegiftes dient, in geeigneter Weise behandelt werden. — Ueber den bacillären Befund bei Diphtheriekindern in der Reconvalescenz berichtet Grigorjew (26). Seine Untersuchungen beziehen sich auf 46 Kinder; bei 15 wurde der Rachenschleim allein, 31 mal auch der Nasenschleim untersucht. In 36 Fällen schwanden die Bacillen am Ende der 1. Woche, in 5 Fällen im Verlauf der zweiten und in 5 Fällen im Verlauf der dritten Woche. — Welitschkina (156) fand, dass die Klebs-Löffler'schen Bacillen in Bezug auf ihre Länge und Dicke sehr verschieden sind und zwar sollen nach seiner Meinung die verschiedenen Nährböden einen bestimmten Einfluss auf diese Verhältnisse ausüben. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die lange Varietät ist viel virulenter als die kurze; 2) wiederholte regelmässige 1—2 tägliche Ueberimpfung auf versschiedene Nährkörper vermindert die Virulenz; 3) dicke Bacillen scheinen etwas weniger virulent zu sein als dünnere; 4) es besteht kein Parallelismus zwischen Virulenz der Bacillen und Häutchenbildung auf den Culturen oder dem Aussehen dieser letzteren. — Stoos (156) glaubt auf Grund seiner bacteriologischen Untersuchungen, dass bei katarrhalischen Rhinitiden der Kinder zwei Arten von Diphtheriebacillen vorkommen: 1) in der Mehrzahl der Fälle ein Pseudodiphtheriebacillus, 2) kurze Löffler'sche Bacillen, theilweise mit abgeschwächter Virulenz. — Bésancon und Labbé (192) fanden, dass die Einimpfung des Bacillus auf die Lymphdrüsen eine andere Wirkung hervorbringt, als die Einverleibung der Toxine. Im ersteren Falle herrscht die entzündliche Reaction vor, im letzteren die Nekrose. Ist das Thier jedoch durch vorherige Seruminjection widerstandsfähig geworden, so kommt die Nekrose nicht zu Stande und die Drüse reagirt auf die Gifteinspritzung in derselben Weise wie bei der Infection. —

Ueber die Einwirkung der Antitoxine auf das Toxin suchten Martin und Chevry (366) unter Benutzung des Martin'scheu Gelatinefilters Klarheit zu schaffen. Dieser trennt Lösungen nach der Grösse ihres Moleculargewichtes. Die Verf. mischten nun auf diesem Filter Toxin mit Serum. Und es ergab sich nun, dass Injectionen mit der filtrirten Mischung für Meerschweinchen unschädlich waren. Controllversuche mit Schlangengift ergaben entsprechende Resultate. Hieraus schliessen die Verf., dass Toxin und Antitoxin schon ausserhalb des Körpers in Verbindung treten können und dass durch ihre Combination die Giftigkeit des Toxins neutralisirt wird. — Nach Fisch (26) ist die Wirksamkeit des Heilserums eine chemische; seine Wirkung tritt bei der Verabreichung per os und bei der antitoxischen Milch in derselben Weise, nur langsamer ein. — Die Agglutination des Löffler'schen Bacillus durch Serum ist nach Nicolas (192, 408) durchaus keine

constante Erscheinung. Wenn Nicolas zur Prüfung Sera verschiedener Herkunft benutzte (237), so ergab sich, dass all' diese Sera immer dieselben Röhrchen agglutinirten. — Murawjew (25, 367) beobachtete nach Toxininjection nach Verlauf von 3 Tagen Desagregation der chromophilen Kerne und Chromatolyse der Zellen mit reichlicher Vacuolenbildung. Paralysen traten aber erst nach Entwicklung von Nephritis auf. In den peripheren Nerven waren keine Veränderungen. Bei der Einführung von Toxin und Antitoxin werden fast keine Veränderungen im Nervensystem wahrgenommen, wenn die Neutralisation eine vollständige ist. Ist dieselbe unvollkommen, so sind die Veränderungen dieselben wie bei alleiniger Toxinwirkung. Das Antitoxin bewirkt ähnliche Veränderungen wie das Toxin, nur die Vacuolen fehlen. Eine Woche nach stattgehabter Injection ist von Antitoxin kaum mehr Nutzen zu erwarten; das Serum selbst ist keine indifferente Substanz. Mehrere kleine Dosen wirken besser als eine grosse. — Einen ähnlichen Antagonismus zwischen Toxin und Antitoxin beobachteten Chavrin und Bardier (25) in Bezug auf das Herz; das Diphtheriegift verlangsamt die Schlagfolge, das Antitoxin beschleunigt sie. Doch ist diese Erscheinung nicht so constant, wie Fenewetzky annimmt. — Eine sorgsame Studie über die Morphologie des Blutes bei Diphtherie und über den Einfluss der Serum-Injection hierauf bringt Hase (366). — Weisbecker (194) gewinnt sein Heilserum von Diphtheriekranken, die ohne Benutzung des Behringschen Serums Diphtherie überstanden haben. Er rühmt die Erfolge dieser Methode.

Während nach Roux (365) das Antitoxin in den Zellen des Organismus gebildet wird, die durch das injicirte Toxin zu dieser Thätigkeit angeregt werden, wird dasselbe nach d'Astros (365) nicht in den Geweben und Zellen, sondern im Plasma gebildet. — Nach Veeder (300) dagegen ist das Serum nicht als ein Gegengift, sondern nur als ein Praeventiv-Mittel aufzufassen. Nach seiner Meinung hemmt es nur die giftbildende Thätigkeit der Bacillen, ist aber dem bereits fertigen Gift gegenüber ganz wirkungslos. —

Die Zahl der Autoren, die mit der Präventivwirkung des Heilserums gute Erfolge erzielt haben, scheint im Zunehmen begriffen zu sein; Donald (66), Phipps, Munn, Morrill (454) messen dem Serum eine auf mehrere Wochen sich erstreckende Schutzkraft zu. Stokes (410) immunisirte 256 Kinder, von diesen erkrankten nur 2 an Diphtherie. — Jahorsky (454) hat 164 Kinder immunisirt, bei denselben ist keine Erkrankung vorgekommen. Er giebt das Serum per os; bei dieser Verabreichung tritt die Wirkung erst nach 36 Stunden ein. —

Ueber die Diagnose der Mischinfection kann nach Méry (409) nur die Vereinigung der bacteriologischen und klinischen Untersuchung einige Wahrscheinkeit ergeben. Verf. stellt die hauptsächlichsten Formen der Mischinfection und die klinischen Erscheinungen, die sie hervorzurufen pflegen, zusammen. — Ob der Bacillus der Vogeldiphtherie mit dem Klebs-Löffler'schen identisch sei, lässt sich nach Gratia und Lienaux (115) noch nicht mit Sicherheit feststellen. Jedenfalls ist Vorsicht geboten.

Ueberaus zahlreich sind die Mittheilungen, welche sich auf die im Gefolge der Diphtherie einstellenden Erkrankungen beziehen. Wir heben aus denselben hervor einen Bericht von Slawyk (26), der nach Diphtherie eine Embolie der rechten

Art. foss. Sylvii, Erweichung der rechten Hirnhälfte, Lähmung des Gaumensegels, des Facialis und der linken Körperhälfte bobachtete. — Seine eigene Krankengeschichte berichtet Beljowski (298); er überstand eine vollkommene Lähmung, die am Gaumensegel beginnend, nacheinander alle 4 Extremitäten, Blase, Mastdarm und endlich das Gefühl ergriff. — Klimow (367) fand die Herzganglien bei Kindern, die an Diphtherie gestorben waren, in all' ihren Theilen verändert. — Nach Batten (367) handelt es sich bei diphtherischen Lähmungeu hauptsächlich um parenchymatöse Degeneration der Myelinscheiden.

Auch in diesem Jahr ist die Zahl der Anhänger des Heilserums wesentlich gewachsen; wir verweisen auf die günstigen Berichte von: Suttie-Detroit U.S.A. (27), Aviragnet und Apert-Gebrauchsanweisung (27), Herré (27) und Richardière-Frankreich (28), Rauchfuss-Petersburg (29), Krönlein-Zürich (66, 115), Kasahara-Japan (67) (23pCt. Sterblichkeit), Riese (115), Sevestre-Paris (116), Specialcommission der Clinical Society London (116), Walsh-Washington (117), Sidney Martin und Hunt-England (157), Strohe-München (194), Sevestre-Paris (241), Ippolitow-Russland (242), Armstrong (455), Riese (455), Riese (455), Budwald-Breslau, Bierens de Haan-Leiden (514).

Eine mehr abwartende Stellung nehmen ein: Straub (241) und Woldert (243). — Posatzki (29) behandelte 3352 Diphtheriefälle; davon erhielten Heilserum 1429, von diesen starben 376. Ohne Serum wurden behandelt 1887, von diesen starben 535. P. hält dafür, dass die Zahlen, die er gewonnen hat, nicht zu Gunsten der Serumtherapie zu verwenden sind. — Kassowitz (67) und Rupp (369, 412) verhalten sich nach wie vor entschieden ablehnend. — Nach Cobbet (368) ist der Erfolg der Serumbehandlung in London wesentlich ungünstiger als in Berlin. — Jordan (408) zeigt, dass die Diphtheriesterblichkeit in den Grossstädten Amerikas diejenige der europäischen Städte überwiegt. Er glaubt, dass dies durch die ausgedehntere Anwendung des Heilserums in Europa bedingt werde.

Aus der grossen Menge der gegen Diphtherie empfohlener Heilmittel heben wir folgende hervor: Formalindämpfe werden empfohlen von Hörschelmann (24), Lunin und Ucke warnen vor grossen Erwartungen in Bezug auf dieses Mittel. — Argent. nitr. in 10 proc. Lösung soll nach Hand (193) eine schnelle Abtödtung der Bacillen nach Abstossung der Diphtheriemembranen bewirken. — Sulforicinphenol zur localen Pinselung empfohlen von Henry, Dupuy (193). — Eucalyptusdämpfe, gewonnen durch die permanente Zerstäubung eines Infuses (60 g auf 1 Liter) verhüten nach Bonamy (240) die Uebertragung von Fall zu Fall und die Secundärinfection bei den Kranken selbst.

A. Kuttner.

E. Kehlkopf und Luftröhre.

Eichler (118) bringt eine Mittheilung, welche seiner Meinung nach dafür spricht, dass die Stimmlippe an ihrem freien Rande drüsenhaltig sei. — Kreide

(377) studirte die physiologische Bedeutung der Anastomose zwischen Nv. laryng. sup. et inf. Die elastische Reizung derselben ergab prompte Adductionsbewegungen der gleichseitigen Stimmlippe, die als typischer einseitiger Reflex aufzufassen ist. Die Durchschneidung lässt keinerlei Lähmungserscheinungen erkennen. — Metzler (119) zeigte am Kaninchen, dass der Glottisschluss gleich am Anfang des Schlussactes, gleichzeitig mit der Contraction der Mm. mylohyoid. statthat. — v. Schrötter (30) beobachtete bei einem 8jährigen Knaben eine anscheinend angeborene Laryngocele. Bei der Exspiration wurde der Sin. Morgagni gedehnt und seine mediale Wand vorgebaucht; beim Inspirium fiel er zusammen. — Einen ähnlichen Fall, bei dem sich die Laryngocele aber durch eine besondere Anstrengung der Stimme ausgebildet hatte, erwähnt Pantaloni (33). — Forus (301) sah in der Regio subglottica eine Pseudoglottis, gebildet von zwei blassrothen Bändern, die in der vorderen Commissur zusammenstiessen. Er konnte nicht entscheiden, ob es sich um einen angeborenen oder erworbenen Zustand handelt.

Ueber die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu den Kehlkopfaffectionen handelt ein Artikel von Oppenheimer (414). Er constatirte laryngeale Veränderungen, die durch die Blutbahn oder durch die Nerven vermittelt werden während der Pubertät, während der Schwangerschaft, während der Menstruation und in der Menopause. — van Bruggen (119) bespricht die Ursachen des anfallsweise auftretenden Hustens bei Kindern, Kayser (119) den dysphonischen Husten. Die Dysphonie entsteht, wenn der Kehlkopf besondere zur Dysphonie veranlassende Momente aufweist: Alteration der Stimmlippen, ungenügenden Glottisschluss, Mitschwingen der Taschenbänder etc. — Langmaid (85) hatte 5 mal bei Leuten, die ihren Kehlkopf regelmässig anstrengen mussten, submucöse Stimmlippenblutungen zu beobachten Gelegenheit. In allen Fällen fand die Blutung am Uebergang vom 1. zum 2. Dritttheil der Stimmlippen statt und trat im Anschluss an eine besondere Stimmanstrengung auf. — Ueber einen an alcoholischer Cirrhose leidenden Patienten, der an Kehlkopfblutungen litt, berichtet Lubet-Barbon (30). — Weitere Fälle von Laryngitis haemorrhagica berichten Janssens (160) und Morelli (214). — Uchermann (158, 518) unterscheidet 2 Formen rheumatischen Kehlkopfleidens; die eine begleitet das rheumatische Allgemeinbefinden (Cricoarytaenoidgelenk); die andere ist selbstständig und nimmt entweder die Form einer einfachen Laryngitis an, ausgezeichnet durch starke Empfindlichkeit, oder sie zeigt knotige Infiltrationen oder ödematöse Durchtränkungen. — Fälle von Laryngitis fibrinosa werden mitgetheilt von Sainsbury, Worrale, Grimes (159). — Anders (25) erinnert daran, dass obgleich früher die Laryngit. fibrinos. in Hospitälern nicht isolirt wurde, Infectionen nicht beobachtet wurden. Auch Lunin glaubt an eine nicht infectiöse Laryngit. fibrinosa. — Curtis (197) behandelt die Laryngitis bei Sängern nicht mehr mit Adstringentien, sondern mit dem Extract der Suprarenalkapsel, das auf die Schleimhaut aufgepinselt wird. In der Nase bewirkt es eine 10 Minuten anhaltende Blutleere, die stärker ist als eine durch Cocain erzielte. — Baurowicz (161) sieht in den meisten Fällen der Chordit. vocal. inf. hypertr. nur die im Kehlkopf localisirte Form der Sclerose. — Polyák (211) stellt einen Fall vor, den er als Sclerom

des Larynx auffasst. Baumgarten räth für derartige Fälle die systematische Intubation an, während v. Navratil und P. selbst bei wirklichen Scleromfällen zur Laryngofissur und Ausräumung des Kehlkopfs rathen. — Ein Scleromfall, den v. Linárt (475) demonstrirt, schien bereits durch Dilatation geheilt, als sich nach 9 Monaten ein Recidiv einstellte.

Eine Classification der acut entzündlichen Affectionen der oberen Luftwege, die von Larynxödem begleitet sind, versucht Rice (538). — Kanasugi (160) fand in 2 Fällen von Kakke, einer in Japan endemischen Erkrankung, die mit Herzpalpitationen, Schluckbeschwerden etc. einhergeht, Oedeme des Kehlkopfes. — Uchermann, Dabnay (371) theilen Fälle von angioneurotischem Oedem des Larynx mit, das bei Frauen im klimacterischen Alter vicariirend für die Menstruation einzutreten schien.

Rethi (30) theilt die Geschichte eines Patienten mit, bei dem er die allmälige Entstehung einer Pachydermia diffusa mit Wulstbildung selbst beobachten konnte. Nach Rethi's Ansicht kommt die Muldenbildung in den Wülsten nur durch gegenseitigen Druck zu Stande; A. Kuttner (B. Fränkel's Arch. Bd. IX. p. 355) weist im Gegensatz hierzu noch einmal darauf hin, dass dies nicht der einzige Grund sein kann. Er hat einen Patienten beobachtet und demonstrirt, der an beiden Stimmlippen deutlich ausgeprägte pachydermatische Wülste und Mulden zeigte, es lag aber hier die eine Stimmlippe so viel höher als die andere, dass bei Glottisschluss die Stimmlippen stufenförmig übereinander lagen. Da in diesem Fall die Stimmlippen sich beim Glottisschluss in ihrem hinteren Abschnitt gar nicht berührten, so bleibt hier nur die Virchow'sche Annahme als einzig mögliche übrig. — Potter (325) demonstrirt einen 27jährigen Patienten mit Pachyderm. laryng., bei dem von Alkoholismus, Rauchen oder Ueberanstrengung der Stimme keine Rede sein konnte. — Freudenthal (371) berichtet über einen Fall von chronischer Urticaria der Epiglottis. Dieselbe zeigte bald eine oder mehrere herpesartige Prominenzen mit ödematöser Umgebung, bald eine gleichmässige, tiefrothe Färbung, bald vollkommene Blässe. — Schulz (160) fand in typhösen Larynxinfiltraten Staphylokokken und echte Typhusbacillen.

Aus den zahlreichen casuistischen Berichten über Larynxtuberculose heben wir hervor eine Mittheilung von Gerber (98) und eine von Hellat (162), die die Kehlköpfe eines 5jährigen und eines 3 Monate alten Kindes tuberculös erkrankt fanden. — Ueber einen tuberculösen Tumor der Epiglottis, der eine maligne Geschwulst vortäuschte, berichtet E. Mayer (391). — Die Discussion über die chirurgische Behandlung der Larynxphthise hat neue Momente nicht zu Tage gefördert. Castex (374) hält die Kehlkopftuberculose für heilbar, wenn 1. der Verlauf der localen Läsion ein torpider ist, wenn 2. die Läsionen so tief sitzen, dass sie dem beständig reizenden Einfluss der Schluckbewegungen entzogen sind, wenn 3. kein Fieber vorhanden ist und 4. die Lungenerscheinungen gering sind. Er rühmt die Lannelongue'sche Methode der interstitiellen Zinkchlorideinspritzungen. Auch die Thyrotomie (374, 375) empfiehlt er. In 3 Jahren gelang es ihm 7 Fälle von Kehlkopftuberculose zur Heilung zu bringen. Weitere günstige Berichte bringen Lambert Lack (208), Schmitthuisen (263), v. Navratil (479) u. a. m. — Eine ausführliche Abhandlung über den Lupus des Kehlkopfes

und seine Beziehung zu den übrigen tuberculösen Affectionen veröffentlicht Brat (521), er wünscht den Lupus als eine selbstständige klinische Affection aufgefasst zu sehen. Massei (425) betrachtet Lupus und Tuberculose als identische Erkrankungen. — E. Mayer (90, 162) tritt für das Vorkommen eines primären Kehlkopflupus ein. — Krieg (373) fand unter 700 Fällen von Kehlkopftuberculose 275 einseitige, 425 doppelseitige Erkrankungen. Von den 275 einseitig erkrankten Fällen correspondirten 252 mit der erkrankten Lungenseite. Mit diesem Befunde correspondirten diejenigen doppelseitigen Erkrankungen, bei denen die eine Seite stärker erkrankt war als die andere. Hieraus zieht K. den Schluss, dass die secundäre Kehlkopferkrankung meist auf dem Circulationswege und zwar durch die Lymphbahn vor sich geht. —

Einen Gummiknoten in dem oberen Abschnitt der Trachea beobachtete Hanszell (308). — v. Navratil (48) sah eine Feststellung beider Arygelenke, auf Grund von Syphilis, die zu lebhafter Stenose führte. — Weitere Fälle von Larynx- und Trachealstenosen verschiedener Art werden von Baurowicz (2, 3) und Hofmokl (4) mitgetheilt. —

Ueber einen ganz eigenartigen Fall von Stenose der Luftwege berichtet Neuenborn (172); es kam zu einer Ansaugung der Seitentheile des Kehlkopfes in Folge von Lähmung der Mm. aryepiglottici. — Kronenberg (172) sah bei einem 5jährigen Knaben Stenosenerscheinungen während des Schlafes, die durch ein Zurückfallen des Unterkiefers bedingt wurden. Ein zweckentsprechender Apparat brachte diese Anfälle zum Verschwinden. Weitere Fälle von Larynxstenose werden mitgetheilt von Nisenson, Rundström, Rogers (455—456). — Semon (163) berichtet über eine Patientin, die eine derbe röthliche Membran zwischen den vorderen $^3/_4$ der Stimmlippen zeigte. Die Stimme war von Geburt an heiser. Ein gleichzeitiges Colobom stellte den congenitalen Ursprung des Leidens ausser Zweifel. — Weitere Fälle von congenitaler Kehlkopfstenose bringen Maccoy (163) und Pel (175) zur Mittheilung. Gardner (119) weist an der Hand von 6 Fällen nach, dass die Anschauung, bei chronischer Kehlkopfverstopfung würden Narcotica nicht gut vertragen, unrichtig sei.

Zur Behandlung der Stenosen wird vielfach die Tubage empfohlen; so hat v. Bókay (304, 305) dieselbe in folgenden Fällen mit Erfolg angewandt: 1. bei syphilitischen und nicht syphilitischen Narben; 2. bei Laryngitis subglott. chron. hypertroph. 3. bei erschwertem Decanulement; 4. bei Fremdkörpern, die in die oberen Luftwege gerathen sind. — Recht verschieden sind die Ansichten der Autoren über die Frage, ob man die Intubation auch in der Privatpraxis vornehmen darf. Sevestre, Delore (244) warnen davor, da die Verstopfung oder das plötzliche Herauswerfen der Canüle schwere Suffocationserscheinungen hervorrufen kann. Ballenghien (244), Jacques (244, 413); Poliewktow (244); Castelain, Nachod (413); Schlesinger (515) sehen keine Gefahr dabei. — Simpson (74) bespricht die Dauer der Intubation, Bryson, Delavan ihre Indicationen bei chronischer, Knight ihre Indication bei acuter Stenose. — Greene (76) ist der Meinung, dass nach Tracheotomie oder Intubation wohl Würgbewegungen, aber niemals Erbrechen zu stande kommen könne. Er macht deshalb den Vorschlag, bei unstillbarem Erbrechen den Larynx zu intubiren. — Auf den Prioritäts-

streit zwischen O'Dwyer und Fischer beziehen sich die Mittheilungen von Rosenthal, Carr und Fischer (76). — W. J. van Stockum (74) hat die O'Dwyer'sche Tube mit einem umschliessenden Gummisäckchen umkleidet, das in situ aufgeblasen die Trendelenburg'sche Tampon-Canule ersetzen soll.

Kermauner (307) bespricht die Blutungen, die sich nach Tracheotomie und Oesophagotomie einstellen. Er unterscheidet nach Foltanek's Vorgang extra- und intratracheale Blutungen. Die ersteren sind bedingt durch Arrosion der Gefässwände durch Eiter, durch Uebergreifen von Neubildungen auf die Gefässwand oder durch Decubitalgeschwüre, die durch die Canüle verursacht sind. Die intratrachealen Blutungen sind bedingt durch das Fortschreiten der primären Erkrankungen, oder sie stammen aus den Gefässen der Tracheotomiewunde. — Der Ansicht Baudouzy's (460), dass tracheotomirte Kinder innerhalb weniger Jahre der Tuberculose. anheimfallen, wird von Jacobi (460) an der Hand seiner Erfahrungen widersprochen. —

Mit der Histologie der Fibrome beschäftigt sich eine Arbeit Alexander's (245); den Ursprung derselben sieht er in einer Veränderung der Matriculargewebe, die in einer hyalinen Degeneration der Gefässwandungen ihren Ausdruck findet. Diese findet sich auch stets in den Fibromen selbst, und als secundäre Zustände Erweiterung der Gefässe und Transsudation. — Curtis (31) sieht die Ursache für die Entstehung von Stimmbandknötchen in einer falschen Methode des Tonansatzes in der oberen Mittellage. Durch richtigen Tonansatz und zweckentsprechende Stimmübungen hat Curtis zahlreiche Heilungen erreicht. — Alexander (245) hat eine Reihe von Stimmlippenknötchen mikroskopisch untersucht. Auf Grund dieser Untersuchung kommt er zu dem Schluss, dass diese Gebilde niemals darauf zurückzuführen seien, dass ihre Localisation den Schwingungsknoten der Stimmlippen entspräche. Vielmehr sei entweder die mechanische Reibung oder die Erkrankung einer an dieser Stelle liegenden Drüse für ihre Entstehung verantwortlich zu machen.

Railton (32) und Alexandrow (32) behandelten bei Kindern multiple Kehlkopfpapillome durch Tracheotomie und längeres Tragen von Trachealcanülen ($^1/_2$, 2, 4, 7 Jahre) und erzielten auf diese Weise vollkommene Heilung. — Dundas Grant (318) verwandte gegen immer wiederkehrende Papillome, bei denen er alle möglichen Methoden vergeblich versucht hatte, mit Erfolg tägliche Pinselungen von Salicylsäure (1—10 pCt.) — Casuistische Beiträge zur Behandlung der Papillome lieferten: v. Navratil (48); Paunz (49); Marsh (166); Gevaert, Hennebert (246); Baumgarten, Retzlaff (247); Bond (434). — Des weiteren liegen folgende Berichte über die Beobachtung gutartiger Kehlkofgeschwülste vor: Pantaloni (33), Bond (427): Angiom; v. Navratil (47, 48), Paunz (49), Hopmann (112), Farlow (246), Grant (323): Fibrome; Barclay Baron (167), Wingrave (208), Symonds (322), Gaudier (248), Stahl (415): Cysten; Gaudier (248): Myxom; Ingals (415): Eversion des Morgagni'schen Ventrikels; Uchermann (416): Fibro-myxo-lipoma. —

Baurovicz (248) hat 8 zuverlässige Fälle zusammengestellt, bei denen sich Schilddrüsenglschwülste im Innern des Kehlkopfes fanden. Er glaubt nicht, dass es sich hierbei um versprengte embryonale Keime handelt, sondern um eine ab-

norme, zur Zeit der Entwicklung stattfindende Fixation zwischen Schilddrüse und Trachea, infolge deren normales Schilddrüsengewebe in den Kehlkopf wuchert.

Zahlreich sind die Mittheilungen über die Beobachtungen maligner Tumoren. Ueber Sarkome des Kehlkopfes berichten Hanszel (32); Baumgarten (477); Morelli (486) — Angiosarkom. — Berichte über Carcinome wurden eingeliefert von Sendziak (2), Baurowicz (2), Harmer (32): Combination von Lues und Carcinom; Jurasz (33): Fall von endolaryngealer Operation; Shurly, Pantaloni (33); Meusel, Garré (34); Flatau (95); Symonds (138, 235); Robinson (317): Carcinom bei einer tuberculösen Patientin; Pegler (318); 416—417; v. Navratil (475). —

Von besonderem Interesse ist eine Mittheilung Barth's (249), die den Uebergang eines gutartigen Tumors in einen malignen illustriren soll. Der betreffende Patient wurde seit dem Jahre 1875 an Kehlkopfpolypen wiederholentlich behandelt; Heiserkeit und Athemnoth waren die hervorstechenden Symptome seines Leidens. 14 Jahre nach Beginn desselben (1890) Nachlass der Arbeitsfähigkeit, 1897 i. e. 21 Jahre nach Beginn der Erkrankung Exitus letalis an Kehlkopfcarcinom. —

Gluck (92) berichtet über seine Erfolge bei der Radicaloperation maligner Larynxtumoren. In der letzten Serie von 14 Fällen sind 13 Heilungen und 1 Todesfall durch Jodoformintoxication zu verzeichnen. Warm empfohlen wird von Gluck bei einseitiger Laryngotomie die Einnähung eines gestielten Hautlappens in die Wunde.

Semon und Butlin warnen gelegentlich eines Krankenberichts von Spencer (141, 208) vor der Pharyngotomia subhyodea zum Zweck der Radicaloperation. Moll (175) berichtet über einen Fall, den er auf endolaryngealem Wege geheilt hat. Seit einem Jahre kein Recidiv. — Eine grosse Reihe weiterer casuistischer Beiträge werden referirt S. 249—253. Wir heben aus denselben hervor eine Mittheilung von Noltenius (251), der nach einer endolaryngealen Operation eines Carcinoms, bei der eine ganze Stimmlippe entfernt wurde, eine schwere Nachblutung erlebte, derentwegen Trachea und Larynx gespalten werden musste. 3 Tage nach dem Aufhören der Blutung trat der Tod ein. — Chiari (252) ist der Meinung, dass bei der Auswahl der Fälle, bei denen man die endolaryngeale Methode versuchen dürfe, eine ganz besondere Sorgfalt statthaben müsste. — Eine zusammenfassende Statistik bringt Sendziak (253).

Mit dem Studium der Lepra beschäftigen sich die Arbeiten von Bunzel-Federn (415), der ein primäres Sklerom des Larynx beobachtete, und Hansen (522), der bei einem Fall von Lepra tuberosa ulcerosa die oberen Luftwege stark betheiligt fand. — Kanthack (161) tritt der Ansicht Bergengrün's und Unna's bei, nach welcher die Leprabacillen in den Lymphbahnen sich aufhalten und nur gelegentlich in die Zellen eindringen. Die sog. Kugeln und Leprazellen sind Durchschnitte von bacillären Thromben der Blutgefässe. Die Riesenzellen des leprösen Larynx werden gebildet von einer Wucherung des Endothels um Bacillenthromben.

Sabrazès und Cabannes (76) berichten von einer Tracheocele, die bei einem tuberculösen Tabiker sich nach der Suspension ausgebildet hatte. Eine weitere Mittheilung anatomischer Natur über die Divertikel der Trachea rührt her

von Preczewski (418); er unterscheidet rinnenförmige und netzförmige Divertikel. — Koschier (77) entfernte Massen eines Carcinoma cylindromatosum, das starke Dyspnoe verursachte und radical nicht mehr operirbar war, durch einen von Störk construirten nach unten schneidenden scharfen Löffel aus der Trachea. — P. v. Bruns (308) resecirte bei primärem Trachealkrebs die hintere und linksseitige Wand der Luftröhre in einer Ausdehnung von 10 Trachealringen. Erst 6 Jahre nach der Operation erlag der Patient wieder auftretenden Stenosenerscheinungen. — Mayer (73) berichtet von einer Frau, die wiederholentlich Concremente aus phosphorsaurem Kalk und Magnesia aushustete, welche die Verästelung der Bronchien zeigten. —

Zahlreiche Berichte über Fremdkörper, die in die oberen Luftwege gerathen sind und auf oft recht ingeniöse Weise entfernt wurden, finden sich referirt Seite 68—73, 303—304, 457—460.

Kraier (68) erörtert die Verletzungen des Halses unter besonderer Berücksichtigung der im Kriege vorkommenden Verwundungen, die etwa 2 pCt. der Gesammtverletzungen ausmachen. Bei schweren Commotionen und Contusionen, bei Hieb- und Schusswunden, Fracturen und Fremdkörpern räth er zur Vornahme der prophylactischen Tracheotomie. Duncan, Poole, Galt (68) beschäftigen sich mit demselben Thema, ebenso Preindsberger (301), der bei gehöriger Ueberwachung des Patienten die prophylactische Tracheotomie für entbehrlich hält. — Ein interessanter Fall vou Larynxfractur wird von Borzymowski (302) mitgetheilt. — Ueber eine vollständige, durch einen Unfall bedingte Ruptur der Trachea berichtet d. N. Y. med. Journ. (308). Obgleich der Patient noch 14 Tage lang nach dem Unfall lebte, wurde die Zerreissung der Trachea erst nach der Section entdeckt. — Unter den Fragen, die sich auf die nervösen Apparate des Kehlkopfes beziehen, steht die durch Grossmann angeregte Discussion über das Semon'sche Gesetz (126) immer noch im Vordergrund des Interesses. Sämmtliche Autoren, die sich zum Worte meldeten, A. Kuttner und Katzenstein (128 und B. Fränkel's Archiv. Bd. IX. pag. 308), Klemperer (129), Burger (B. Fränkel's Archiv. Bd. IX. pag. 203) sind darüber einig, dass die Behauptung Grossmann's, die Medianstellung der Stimmlippe entspreche der Recurrenslähmung und die sogen. Cadaverstellung entspreche der Lähmung des Nv. laryng. inf. et sup., auf einem Irrthum beruht. Hiermit stimmt auch eine Mittheilung von Herzfeld (94, 126, 388) überein, der einen typischen Fall von doppelseitiger Recurrenslähmung beobachtete. Die postmortale Untersuchung dieses Falles ergab, dass die Fasern der Mm. postici zerstückelt waren, verschiedene Breite und Kernwucherung aufwiesen. Die Mm. cricothyreoidei erwiesen sich als normal. Im Laufe dieser Discussion hat sich nun ergeben, dass die Abductionsbewegungen der Stimmlippen nach der Entfernung der Mm. postici zwar in ihrer Excursionsbreite eingeschränkt sind, aber durchaus nicht aufhören, dass aber die Resultate, die man aus den früheren Experimenten gezogen hat — dass nämlich die doppelseitige Posticusausschaltung unbedingt zum Erstickungstode führen müsse — irrthümliche waren. Wie gross die Einschränkung der Excursionsweite ist und welche Factoren die Auswärtsbewegungen der Stimmlippe nach Entfernung des Postici bewirken, steht noch zur Discussion. — Stein-

lechner (129) fand an Trockenpräparaten der verschiedenen Kehlkopfmuskeln bezüglich der Vertheilung der hellen und trüben Fasern keinerlei Unterschied. Er schliesst daraus, dass die Adductoren der Stimmlippen und der M. posticus nicht Antagonisten im Sinne des Beuger und Strecker seien. Dieser Befund spricht in keiner Weise gegen das Semon'sche Gesetz. — Eine ausführliche Abhandlung über Recurrenslähmung auf Grund der Semon-Rosenbach'schen Anschauungen rührt her von Greiner (378); über die Lähmungen bei Tabes handelt Cadel (379). — Dundas Grant (125) sah eine Recurrenslähmung auf alkoholischer Basis; Lermoyez (126, 378) eine solche nach Masern. Baumgarten (213) zeigt ein 5jähriges Kind mit linksseitiger Recurrenslähmueg. Die rechte Stimmlippe macht regelmässige Excursionen, erreicht aber nicht die linke, da sie die Mittellinie nicht überschreitet. Dieser Fall steht in Widerspruch mit den Angaben von Grabower (s. Berliner klin. Wochenschrift 1894. p. 964), der annimmt, dass bei Lähmung der einen Stimmlippe immer die andere, so lange sie normal functionirt, über die Mittellinie hinausgeht bis zur Berührung mit der gelähmten Seite. Wenn eine solche Ersatzerscheinung nicht eintritt, so spricht dies nach Grabower für eine mechanische Fixation. — Onodi (124) ist die Trennung der phonatorischen und respiratorischen Fasern beim Pferde geglückt. — P. Koch (343) sah eine Adductorencontractur nach Influenza.

Onodi (125) schreibt dem subcerebralen Centrum, das zwischen den hinteren Vierhügeln und dem Vagusgebiet liegt, die wesentlichste Bedeutung für die Phonation zu. — Uchermann (125) theilt die Geschichte eines Kranken mit, der an rechtsseitiger Hemiplegie litt, die durch eine Jahre lang anhaltende motorische Aphasie bei Lähmung der Kehlkopfadductoren complicirt war. Dieser Fall spricht nach Verf.'s Ansicht dafür, dass eine einseitige Störung des Phonationscentrums eine doppelseitige Adductorenlähmung bewirken könne. — Des weiteren berichtet U. (124) über einen Fall von alternirenden rhythmischen, clonischen Krämpfen der Glottisschliesser und Glottisöffner. Den Schlussfolgerungen, die Verf. aus dieser Beobachtung zieht, ermangelt die Beweiskraft der Autopsie.

Fälle von Kehlkopfschwindel classificirt Middlemas Hunt (121) in folgender Weise: 1. Fälse im Anschluss an heftige Hustenparoxysmen mit mehr oder weniger vollständigem Glottiskrampf und starker cerebraler Congestion; 2. Fälle von echter Epilepsie; 3. Fälle von eigenthümlichem Ictus laryngus, bei denen auf eine Kehlkopfreizung mit wenig oder gar keinem Husten und ohne Glottiskrampf ein plötzlicher Schwindel und Bewusstlosigkeit folgt.

Bernoud (377) berichtet über 9 Fälle von Ict. laryng., diese Affection hat zwar eine gewisse Aehnlichkeit mit dem epileptischen Anfall, ist aber doch von demselben durchaus verschieden. Nach Verf. handelt es sich um einen peripherischen Reizzustand des Nerrv. laryng. sup., der zwar nicht direct auf die Gehirnrinde, wohl aber auf Herz- und Athemcentrum übertragen wird. Diese in Gemeinschaft mit der Erschütterung durch den Husten lösen die Störungen in der Circulation der Hirnrinde aus.

Frerichs, Bernoud, Stillson, Rhodes (523—524) berichten über Spasmus glottidis und Tensorenkrampf der Stimmlippe bei Phonation. Dasselbe Thema behandelt Edwin Rhodes (536). — Casuistische Beiträge für den

Ictus laryngis bringen: Linkenheld (376); Percepied (524). — Uchermann (120) betrachtet die exspiratorische Form des Stimmritzenkrampfes als nervösen Husten. Er tritt dafür ein, dass sowohl bei der Athmung wie bei der Intonation Ad- und Abductorenmuskeln des Kehlkopfes gleichzeitig innervirt sind. Beweis hierfür ist ihm dieMedianstellung der Stimmlippen nach Abductorenlähmung.

Saenger, Rosapelly (34), Zwaardemaker (35), Maria Ypes-Speet (36) bringen Arbreiten, die Physiologie der Sprach- und Stimmbildung betreffend. — Oltuszewski (195) erörtert die Entwicklung der Sprache und Intelligenz. — Maljutin (36) glaubt aus der Form des harten Gaumens, der einen wichtigen Bestandtheil des Resonators beim Singen bildet, Schlüsse auf die Stimme des betreffenden Individuums ziehen zu können. — Scheier (36) hofft, dass die Anwendung von Röntgenstrahlen viele noch strittige Fragen über die Physiologie des Gesanges wird lösen können. — Rosenberg (91) constatirt, dass die bisher zu Tage geförderten Thatsachen den Erwartungen nicht sehr entsprochen haben. Der Hauptvortheil, den die Durchleuchtung gewährt, besteht in der Unterstützung, die sie für die Diagnose der intrathoracischen Tumoren gewährt. — Zwaardemaker (173) hat die graphische Methode der articulatorischen Lautforschung weiter ausgebildet. — Marage (199) erörtert die Sprache der Taubstummen; er unterscheidet gesprochene und gesungene Vocale; die ersteren werden durch die Mund-Rachen-Resonanz hervorgebracht, hierbei ist der laryngeale Ton nebensächlich; bei den gesungenen Vocalen ist der Kehlkopfton vorherrschend. Der Kehlkopf der Taubstummen ist fast stets atrophisch. — Nach Hellat (380) steht der Kehlkopf, der sich bei Natursängern entsprechend der Höhe der Töne auf- und abbewegt, bei vielen hervorragenden Künstlern dicht oberhalb des Sternums fest. Hellat neigt zu der Annahme, dass die Tieflage des Kehlkopfes beim Singen bessere Resultate giebt.

Holger Mygind (381) giebt eine sorgsame Studie über das Stottern, das er als eine ausgesprochene Neurose betrachtet, die in ätiologischer Beziehung mit den sogenannten Degenerations-Neuropathien verwandt ist. M. geht aber nicht so weit, jeden Fall von Stottern als Ausdruck für eine neuropathische Familiendisposition oder -Degeneration zu betrachten. — Des weiteren bringen orientirende Abhandlungen über das Stottern: Derevorge, Wiener medicin. Blätter, No. 34, Cramer (38); der letztere stellt einen eigenartigen Fall vor: es handelt sich um einen hysterischen Mann, der nur bei den Anfangssylben, nie in der Mitte oder am Ende des Wortes stotterte. — Oltuszewski (196, 380) bespricht den Zusammenhang verschiedener Lähmungsformen mit Sprachanomalien. Auch Hörstummheit und nasale Sprache glaubt O. gelegentlich auf Lähmungen zurückführen zu müssen. — Die Verstümmelung der S-Laute beim Parasigmatismus lateralis beruht nach Liebmann (198) darauf, dass die Luft nicht in der Mitte zwischen Zunge und Schneidezähnen, sondern seitlich zwischen dem Zungenrand und den Backzähnen entweicht. — Einen Fall von hysterischem Stottern theilt Geisler (380) mit. — Jacquit (199) beschreibt einen Patienten, bei dem das Stottern mit Spasmus des Pharynx und Oesophagus complicirt war; beim Singen und nach schnellem Laufen verschwinden diese Störungen.

Das Näseln kommt nach Sänger (37) dadurch zu stande, dass durch

Hebung des Zungenrückens das Eindringen der Schallwellen in die Mundhöhe verhindert wird und die im Nasenrachen befindliche Luft resonatorisch mitwirkt. Liebmann (37) berichtet über Fälle von Rhinolalia clausa et aperta; er erörtert die verschiedenen Ursachen und die Behandlung dieses Sprachfehlers. — Posthumus Meyer (381) beschreibt ein Halsleiden, das durch fehlerhaftes Sprechen (fehlerhafte Athmung, unzweckmässige Haltung der Zunge, harten Tonanschlag etc.) entsteht, und das in einem allgemeinen Congestionszustand des Pharynx und Larynx mit Paresen einzelner Kehlkopfmuskeln besteht. Zur Heilung dieses Zustandes empfiehlt Verf. neben einer milden Localbehandlung zweckentsprechende Sprechübungen. —

Barnett (122) berichtet von einem 3--4 Monate alten Kinde, das von Geburt an an schweren dyspnoischen Anfällen litt, die auch nach der Tracheotomie nicht aufhörten. Die Section des in einem Anfall verstorbenen Kindes ergab eine Vergrösserung der Thymusdrüse. Mehrere, ähnliche Fälle werden von Avellis (122) mitgetheilt, von denen zwei mit Erfolg operirt wurden. Stamm (123) will zwar die Annahme einer Tracheostenosis thymica nicht ganz von der Hand weisen, glaubt aber, dass die Annahme einer Neurose centraler Natur doch mehr Wahrscheinlichkeit habe. —

Winckler (118) hat von der Massage der Kehlkopfschleimhaut bei atrophischen Schleimhauterkrankungen und bei Paresen der Kehlkopfmusculatur keinen Erfolg gesehen.

Medicamente und Instrumente.

Guajacol, in öliger Lösung von Laurens, in alkoholischer von Geronzi benützt, wird von Newcomb (84) als locales Anästheticum (Hals, Nase und Ohr) empfohlen; Enzymol, ein Verdauungspräparat, in den Larynx applicirt, mit der Absicht, das erkrankte Gewebe durch Digestion zum Verschwinden zu bringen und empfohlen von Morris Murray (90); Suprarenalextract (10proc.) bei hyperämischer Laryngitis in den Kehlkopf gespritzt, bewirkt im Augenblick ein starkes Nachlassen der Hyperämie; dieser Erfolg ist aber sehr vorübergehend und die Dauer der Erkrankung wird dadurch nicht abgekürzt: Sargnon (370). — Ortho'-form in öliger Lösung (1 : 4) empfiehlt Kassel (374) zur Anästhesirung des tuberculösen Kehlkopfes. — Larynxzerstäuber mit graduirter Pipette von Vacher (30); Maulsperrer für Hunde von Cowl (118); schneidende Kehlkopfzange (von oben nach unten und gleichzeitig von vorn nach hinten) von Lake (162); Epiglottisdoppelcurette von Heermann (162).

A. Kuttner.

F. Schilddrüse.

Brian (38) fand, dass die Schilddrüsennerven hauptsächlich vom Halssympathicus und zwar vom 2. Herznerven und mittleren Ganglion kommen und ein Geflecht um die Arterien bilden; einige Fäden kommen von den Keklkopfnerven; im Inneren der Drüse befinden sich Gefässnerven und glanduläre Nerven, letztere

umspinnen die Drüsenacini. Reizungen der Halsnerven ergeben keine Veränderungen in den Drüsenzellen. Der Sympathicus erzeugt vasomotorische Effecte. Nack Hermann Munk (77) ist die Schilddrüse kein lebenswichtiges Organ; nach ihrem Verluste führen Producte des normalen Stoffwechsels, welche das Nervensystem angreifen, keine Vergiftung herbei; die nach Schilddrüsenexstirpation oft beobachtete Cachexie ist nicht durch Ausfall der Drüse bedingt und kann durch künstliche Zufuhr von Schilddrüsensubstanz nicht verhütet und beseitigt werden. Moussu (39) bespricht die Function der Schilddrüse, Mosley (382) den Werth der Schilddrüse; er giebt eine Zusammenstellung der bekannten Thatsachen über ikren Einfluss auf den Stoffwechsel. Red. Mittheilung (382) bespricht den Standpunkt von Munk und Exner, die der Schilddrüse keine so grosse Bedeutung zuschreiben, ferner über Arbeiten von Cyon, Berard und Magnus-Levy, nach welchen die Schilddrüse ein für den Organismus sehr wesentliches Product secernirt. Moussu (39, 200) bespricht die Function der Parathyreoidea. Schöndorff (40) berichtet, dass Fütterung mit Schilddrüse zunächst keinen Einfluss auf den Eiweissstoffwechsel hat; erst wenn das Körperfett auf ein gewisses Minimum gesunken ist, wird auch das Eiweiss angegriffen; nach Aussetzen der Schilddrüsenfütterung tritt wieder der Normalzustand ein, eine erneute Schilddrüsendarreichung bewirkt keine Steigerung der Stickstoffausscheidung. Nach Blum (131) ist die Schilddrüse ein den Körper entgiftendes Organ. A. Exner (39) zeigte, dass nach einseitiger Exstirpation der Schilddrüse und nach Durchschneidung des N. laryng. sup. et inf. der anderen Seite bei Katzen Tetanie auftritt. Nach von Cyon (77, 78) erzeugt beim Kaninchen, Hunde, Pferde Reizung der 3. Wurzel des N. depressor auf reflectorischem Wege Senkung des Blutdrucks mit Beschleunigung der Herzschläge; die vom N. laryng. sup. kommende Wurzel des N. depressor dient hauptsächlich zur Verbindung des Herzens mit der Schilddrüse und gestattet ersterem direct einen Einfluss auf die Function der Schilddrüse. Nach Wormser (40) hält die Schilddrüse im Blute circulirende giftige Stoffwechselproducte in sich zurück und stapelt aus dem Blute das Jod zur Neutralisirung der vorhandenen Giftstoffe auf. Lindemann (78) fand bei an Icterus Verstorbenen Steigerung der Colloidsecretion und sieht darin einen Beweis, dass die Schilddrüse antitoxische Kraft besitzt. Roger und Garnier (383) erzeugten durch Einbringen von Typhusbacillen und Staphylokokken in die Carotis, die in ihrem oberen Theile unterbunden war, Infectionen der Schilddrüse beim Kaninchen; bei der späteren histologischen Untersuchung der Schilddrüse unterschieden sie 3 Formen, welche denen entsprechen, die die Schilddrüse beim Menschen häufig bei Infectionskrankheiten darbietet. Maresch (40) beschreibt congenitalen Defect der Schilddrüse mit vorhandenem Epithelkörperchen. Nach Lépinois (254) hält 1 proc. Formallösung die Schilddrüse frisch, die chemische Zusammensetzung der Drüse wird durch diese Conservirung nicht wesentlich geändert; die Löslichkeit der jodhaltigen Eiweisssubstanzen scheint etwas herabgesetzt zu sein. Digestion der Drüse ist auch nach Einlegung in Formol leicht durchzuführen; Einlegen in Formol hebt auch die therapeutische Wirkung der Thyreoidea nicht auf. Roger und Garnier (309) fanden bei der mikroskopischen Untersuchung der Schilddrüsen Tuberculöser, dass das Bindegewebe Stränge bildet, die das glanduläre

Gewebe durchsetzen; das eigentliche Drüsengewebe ist wenig verändert, zeigt aber doch gewisse Anhäufung von Zellen in den Lobulis, die für functionelle Hyperactivität sprechen. Tuberculöse Processe, Riesenzellen oder Bacillen fanden sich nirgends.

Nach Hallipré (131) kommt im Pubertätsalter Congestion der Schilddrüse mit so starker Volumenzunahme vor, dass durch Compression oder Reizung des Recurrens Kehlkopfkrämpfe, Heiserkeit, Athemnoth entsteht. Jodbehandlung oder Thyroidpräparate schaffen Milderung. Hayem (200), Capitan (256) beschreiben eine Thyroid-Chlorose, die mit Palpitationen, Dysmenorrhoe, Abmagerung complicirt ist; sie heilen dieselbe mit 0,2—0,3 Schilddrüsenextract täglich. Barclay (132), Hagmann (254) beschreiben Fälle von Abscess der Schilddrüse. Heath (200), Lunin (255) theilen Fälle von Schilddrüsencysten mit. Leonhardt (77) behandelt die Bedeutung der Schilddrüse für das Wachsthum im Organismus.

Majewski (200) theilt einen Fall von Strumitis dissecans, Holzmann (41) einen Fall von Struma cystica ossea mit Fistelbildung mit. Goris (200) beschreibt einen Fall von peritrachealem Retrosternalkropf, Reinbach (133) 3 Fälle von accessorischen retroviseeralen Strumen. Baurowicz (248) bespricht einen Fall von Schilddrüsengeschwülsten im Innern des Kehlkopfs und der Luftröhre. Limacher (79) behandelt die Blutgefässendotheliome der Struma, Bufnoir und Milian (79) besprechen einen Fall von Epitheliom der Schilddrüse, das in die Trachea eindrang. Küttner (132) bespricht 2 Fälle von syphilitischem Kropf. Pfeifer (79) veröffentlicht einen Fall von Struma maligna, Hahne (255) einen Fall von Struma carcinomatosa, Tailhefer (309) einen Fall von primärer chronischer cancroformer Entzündnng der Schilddrüse, Jaeger (40) spricht über Strumametastasen.

Grasset (383) fand im Blute von Kropfkranken bei gleichzeitig, aber erst 10—15 Tage bestehender Malaria sphärische Gebilde ohne Kern, die grösser als die rothen Blutkörperchen sind; sie enthalten Körnchen von rothem Pigment und besitzen einen langen, sich freibewegenden Geisselfaden.

Mosse und Cathola (78), Mosse (164) machen Mittheilung von Heilung angeborener Kröpfe bei Säuglingen durch Schilddrüsenernährung der stillenden Mutter; Mosse (310) heilte Kropf bei einem neugeborenen Kinde ferner durch Thyroidbehandlung desselben. Red. Notiz (382) bespricht die Thyroidtherapie, Frank (461) den Gebrauch und die Gefahren der Thyroidtherapie; letztere ist nur bei formeller Indication, sorgfältiger Ueberwachung und langsamem Ansteigen der Dosen einzuleiten. Die Thyroidvergiftung äussert sich in Veränderungen des Urins (Phosphaturie, Azoturie, Glykosurie, Albuminurie, Polyurie), in Schwindel, Zittern, Palpitationen, Athemnoth, Schlaflosigkeit. Schaefer (461) gab bei Kropf eine Mischung von Jod und Jodkali. Red. Notiz (461) beschreibt einen Todesfall nach Injection einer reizenden Lösung in die Kropfgeschwulst. Ferrier (384), Dickson (384) machen Mittheilung über Behandlung des Kropfes. Afanaziew (382) spricht über die Behandlung der Fettsucht mit Thyreoidin Merck, Antonow (382) über die Einwirkung von Thyreoidin. siccat. Merck auf den Stickstoffumsatz bei corpulenten Leuten. Rivière (78) behandelt die Beziehungen zwischen der Einfuhr von Thyreoidtabletten und der Genitalfunction von Gichtikern und bei

Amenorrhoe, Freund (309) die Beziehungen der Schilddrüse zum weiblichen Genitalapparat. Cunningham (130) behandelt den experimentellen Thyroidismus. Brainin (460) fand bei längerer Fütterung von Thieren mit Schilddrüsenpräparaten 0,12—0,4 täglich Herabsetzung der Zahl der rothen Blutkörperchen und zuweilen eine geringe Leukocytose, beim Menschen nach Dosen von 0,2—1,0 Aehnliches; der procentuelle Hämoglobingehalt und das Körpergewicht fällt bei Menschen und Thieren.

Poncet (419) empfiehlt die massive Enucleation des Kropfes. Bérard (255) theilt mit, dass Temperatursteigerung nach partieller Kropfoperation auf das Freiwerden von in der Schilddrüse secernirten fiebererregenden Stoffen während der Operation zurückzuführen ist. Abadie (386) bekämpft die Meinung, dass plötzlicher Tod nach Operationen an der Schilddrüse durch Uebergang von Schilddrüsensecret in die Blutbahn verursacht sei; die Schilddrüse bilde ihr Secret nur dem jeweiligen Bedürfniss entsprechend und könne nicht in einem gegebenen Moment grosse Mengen davon auf einmal abgeben. Wölfler (255) behandelt die operative Dislocation des Kropfes. Boekel (255) veröffentlicht Operationsresultate bei Kropf. Desgleichen Wolfram (255) und Comte (201). Mittheilungen über chirurgische Behandlung des Kropfes machen Schwartz (419), Socin (419), Roux (420), Girard (420), Reverdin (525); Reverdin's Veröffentlichung umfasst das ganze Gebiet der chirurgischen Behandlung des Kropfes mit Ausschluss von Krebs und Basedow'scher Krankheit in so vollständiger Weise, dass dringend auf das Studium des Originals (Rapport au Congrès de Chirurgie de Paris, 17 bis 22. Oct. 1898) hingewiesen wird. Doyen (255) empfiehlt für Behandlung der cystischen Kröpfe die Enucleation, desgleichen Syms (164). Comte (132), Jaboulay (384) behandeln die Exothyropexie; dieselbe entlastet den Hals und führt zur Atrophie des Kropfes; bei suffocatorischen Retrosternalkröpfen und den seitlichen Kröpfen wird die Tracheotomie erspart; man luxirt die Geschwulst aus der Wunde und lässt sie dort.

Fitz (80) beschreibt einen Fall von Myxödem, in dem Thyreoidextract nur vorübergehende Besserung brachte, Korsakow (80) besserte einen Fall von Myxödem bei einem 7monatlichen Kinde durch Darreichung von Thyreoidin in wenigen Tagen. Russow (80) beobachtete einen Fall von Myxödem bei einem $2^1/_2$jähr. Mädchen 221 Tage; die Krankheit wurde durch Schilddrüsenpräparate günstig beeinflusst; das Kind starb an Masern; bei der Section zeigte sich, dass die Schilddrüsen nur rudimentär vorhanden waren.

Koplik (80) giebt an, dass Cretinismus und Hydrocephalus oft zusammengeworfen wird; nur bei reinem Cretinismus sei ein Erfolg von der Schilddrüsenverfütterung zu erwarten. Shields (257) beschreibt einen Fall von Cretinismus nach einem Anfall von acuter Schilddrüsenentzündung.

Coolidge (462), Nihill (385) beschreiben Fälle von Basedow'scher Krankheit. Clarke (461) giebt eine Statistik über die Basedow'sche Krankheit in Jowa. Spink (256) beschreibt zwei Fälle, in denen Verengerung des Muttermundes Ursache der Basedow'schen Krankheit war; allmähliche Dilatation der Stenosis ossis uteri brachte Besserung. Williamson (256) behandelt die Prognose der Basedow'schen Krankheit. Zur Pathogenese der Basedow'schen Krankheit äussert

sich Boinet (385) dahin, dass die Hypersecretion der Schilddrüse und die Vasodilatation ihrer Gefässe ebenso unter dem Einflusse des Centralnervensystems stehen wie die Hyperfunction der Leber, die sich als Diabetes äussert. Die Basedow'sche Krankheit ist primär als Reizungsneurose der Basedow'schen Centren zu betrachten, dazu tritt erst später die Reihe der toxischen Symptome; die secundäre Thyreoidintoxication wirkt dann ihrerseits wieder zurück auf die nervösen Centralorgane. So lässt sich weder eine rein bulbäre, noch eine Schilddrüsentheorie der Basedow-schen Krankheit aufstellen, so wenig wie eine rein nervöse oder eine rein hepatische Theorie des Diabetes ausreicht. Die Theorien über die Pathogenese der Basedow'schen Krankheit lassen sich nach Raugé (421) in eine dyscrasische, eine nervöse und eine Thyreoid-Theorie eintheilen: am meisten befriedigend ist nach ihm die Theorie einer Toxämie thyroider Herkunft, deren Ursprung primär im Nervensystem zu suchen ist. Vigouroux (201) behandelt die Pathogenese und Behandlung der Basedow'schen Krankheit. Desgleichen geben Hutchinson (201), Vaudey (201), Crary (165), Weiller (310, 386), Paulesco (421), Kant (462), Dieulafoy (462) Verordnungen für die Behandlung der Basedow'schen Krankheit. Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit basirt nach Raugé (164) auf der Schilddrüsentherapie und der venösen Theorie. Zu letzterer gehören die Eingriffe am Halssympathicus, zu ersterer die Verfütterung von Schilddrüsenproducten oder ihrer antagonistischen Substanzen, ferner die Ligatur der Schilddrüsenarterien oder Operationen an der Schilddrüse selbst; die Sympathicusdurchschneidung wirkt besonders auf den Exophthalmus, die Thyroidectomie auf die cardio-vasculären Störungen. Bei unechtem Basedow empfiehlt Glantenay (461) chirurgische Behandlung, bei echtem Basedow soll erst der Versuch der medicamentösen Behandlung gemacht werden; versagt diese, dann hat man die Wahl zwischen partieller Thyroidectomie und Sympathicectomie. Stokes (386) beschreibt einen Fall von Thyroidectomie bei Basedow'scher Krankheit; Holmes (310), Doyen (311) besprechen die chirurgische Behandlung derselben. Inowe (41) heilte einen Fall von Basedow'scher Krankheit durch die partielle Exstirpation. Gray (165) berichtet über einen Fall von Basedow'scher Krankheit mit Exstirpatien der halben Schilddrüse. Combemale und Gaudier (201) behandeln den Einfluss der Sympathicusresection auf Exophthalmus und Tachycardie. Combemale (256) bespricht die Sympathicusresection bei Basedow'scher Krankheit. Miller (385) betont, dass bei Basedow'scher Krankheit besonders die rechte Seite des Körpers befallen ist; Fitzgerald (385) hält die Tachycardie für ein rechtsseitiges Symptom, weil der rechte Vagus mit der Hemmung des Herzens wahrscheinlich mehr zu thun hat als der linke, da „das Herz bald nach seinem Erscheinen im Embryo nach der rechten Seite hervorragt, wo es mit dem entsprechenden Vagus in Beziehung tritt". Bled (310), Combemale und Gaudier (311), Schwartz (421), Témoin (422), Redact.-Not. (386), Jonnesco (133), Vignard (79), Abadie (462) machen Mittheilung über die Sympathicusresection bei Basedow'scher Krankheit. Marchand (311) schildert das Operationsverfahren bei Resection des Halssympathicus; er macht darauf aufmerksam, dass man die Jugularvene, die man nach Incision der Haut sofort sieht, die Carotis communis und den Vagus isoliren und schonen muss. Nach Jonnesco

(421), der seit 1896 10 Fälle von Basedow'scher Krankheit durch Resection des Halssympathicus behandelte, muss der ganze Halsstrang inclusive der unteren Ganglien, welche die eigentliche Quelle der Acceleration des Herzens und der Vasodilatatoren der Schilddrüse sind, entfernt werden; die Operation ist gutartig. Abadie (422) vertritt bei Besprechung der therapeutischen Indicationen der Resection des Halssympathicus wie schon früher die Theorie von der Reizung der Vasodilatatoren der Schilddrüse als Ursache der Basedow'schen Krankheit. Die Dehnung des Vagus wandte Jaboulay (165) in einem Falle von Epilepsie und in einem Falle von Basedow'scher Krankheit an; durch die Operation sollen die bulbären Reizungserscheinungen gemildert werden.

J. Katzenstein.

G. Oesophagus.

Schäffer (41) unterzieht das Epithel und die Drüsen des Oesophagus einer Untersuchung. — Michel Gaugolphe (81) versuchte an Leichen die Digitalexploration des Oesophagus nach Gastrotomie und Oesophagotomie und fand, dass höchstens 7 cm der Länge nicht abzutasten sind. — Beiträge zur Oesophagotomie liefern Ebstein (41), Kirstein (81), Merkel (82), Hacker (82) und Rosenheim (462). — Kuhn (82) reclamirt die Priorität der Sondirung von Oesophagus, Magen und Eingeweiden mit Spiralsonden.

Fälle von Fremdkörpern veröffentlichen: Baurowicz (3), Koch (343), v. Hacker (82), Gorski (82), Feige (83), Robson (134), Abramow (134), Kanzel und Okladnich (134), Louis (165), er beseitigte eine Kartoffel durch Wasserstoffsuperoxyd, Voron (202), Reboul (202), Pinnana (257), Corper (422), Mc Coy (423), Gangolphe (423), Cabot (463), Vanderveer (463), Mixter (463), Post (463). Die Fremdkörper wurden zum Theil durch Röntgenstrahlen nachgewiesen, theils durch Oesophagotomie, theils per vias naturales entfernt.

Rolleston (257) und Power (257) zeigen Präparate von Hypertrophie der Ringmusculatur des Oesophagus ohne nachweisbare Ursache. — Heinlein (202) sah Speiseröhrenschleimhautnekrose bei Bulbärmeningitis und bei Carcinoma oesophagi als Folge steckengebliebener Speisen. — Janeway (463) beobachtete eine tödtliche Blutung aus cariösen, fingerdicken Venen des Oespohagus. — Eine Verletzung des dislocirten Oesophagus trat bei einer Strumectomie Fontan's (423) ein. Da der Oesophagus beim Schlucken in dem Bestreben, sich gerade zu richten, den Kopf nach der der Dislocation entgegengesetzten Rtchtung drängt, so kann man aus dieser Bewegung einen Schluss auf die Richtung der Dislocation ziehen.

Tendeloo (257) erörtert die Pathologie der Pharynx-Divertikel. — Rosenfeld (41), Reitzenstein (422) und Zahorsky (528) geben Beiträge zur Diagnose der Divertikel. — Diffuse Erweiterungen veröffentlichen Schwörer (528), Westphalen (528) und Boekelmann und van Dam (134). Creswell Baber

(429) stellt einen Fall von Divertikel vor, in dem Butlin eine Strictur nicht für ausgeschlossen hält, Thomson fordert deshalb die Röntgen-Aufnahme nach Einführung zweier Metallsonden zur Sicherung der Diagnose. — Springer (528) stellte ein perforirtes Tractions-Divertikel als Ursache einer Pyämie fest. Butlin (155) heilte 2 Fälle von Divertikeln operativ.

Fälle von Stricturen infolge von Verätzungen publiciren: Ebstein (41) bei 3jähr. Kind, Dilatation; Roemheld (166) retrograde Sondirung; Raventós (267), infolge von Syphilis: Lannois (41), Jaboulaye'sche Sonden. Die Gastrotomie wegen Oesophagusstrictur machte Gilliam (202). — E. Weil und Mauban (423) fanden eine Verbindung des Oesophagus mit einem Aneurysma aortae durch einen engen Gang. — Bei der Sondirung eines durch ein Aortenaneurysma comprimirten Oesophagus erfolgte bei Rigot (423) ein Todesfall. Spastische Stricturen sah Anderson (83) bei Malariakranken. — Bei einem Fall von Oesophaguskrampf von Law (527) hält Fitzgerald ein Ulcus an der Cardia für die mögliche Ursache. — 2 Fälle von Spasmen der Speiseröhre bei Kindern behandelte Wood (528). Russel (83) wandte in 6 Fällen spasmodischer Strictur theils plötzliche, theils allmälige Dilatation an. — Thomson (312) empfiehlt bei der Behandlung der functionellen Dysphagie Bougies. — Coolidge (85) warnt vor der Verwechslung hysterischer Dysphagie mit Krampf; er räth zur Beseitigung etwaiger pathologischer Veränderungen im Pharynx und Larynx.

Die verschiedenen Behandlungsmethoden bei Erkrankungen des Oesophagus erörtert Stadelmann (529).

Permewan (135, 321) entfernte ein Fibromyom des oberen Speiseröhrenabschnittes durch die Pharyngotomia subhyoidea. · Der Patient starb an Pneumonie.

Fälle von Carcinoma oesophagi theilen mit: Sendziak (2), Larkin (42), Moore (83), Sano (135), Leichtenstern (166), nach welchem ein Carcinoma oesophagi latent bleibt, wenn ca. 1 cm breites Stück der Schleimhaut intact ist, Griffon und Dartiques (202), Carrel (258), Regler (318), Battle (424) und Williams (427).

Garré (83) resecirte den oberen Theil des Oesophagus, Rehn (166) weist nach, dass die Operation am Brustabschnitt des Oesophagus möglich ist.

E. Meyer.

II. Briefkasten.

Zur Frage der Stellung der Laryngologie bei den internationalen Congressen und ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten.

Der Schriftführer der Berliner laryngologischen Gesellschaft theilt uns mit, dass die Gesellschaft in ihrer Julisitzung beschlossen hatte, entsprechend dem Antrage ihres Ehrenmitgliedes, Sir Felix Semon, von ihren Mitgliedern eine schriftliche Antwort bezüglich der von demselben in den Leitartikeln der Juni-, Juli- und Augustnummer des internationalen Centralblatts für Laryngologie aufgestellten Fragen einzuholen.

Das Ergebniss der Rundfrage ist folgendes gewesen:

1. Auf die Frage: „Wünschen Sie folgende Resolution? Ja! Nein!

Mit Berufung auf die Leistungen der Laryngologie im Allgemeinen und bei den internationalen medicinischen Congressen im Besonderen wünscht die Laryngologische Gesellschaft zu Berlin der berechtigten Erwartung und der Forderung Ausdruck zu verleihen, dass bei allen künftigen internationalen Congressen der laryngologischen Specialität die Stellung einer vollen und unabhängigen Section gewahrt werde,

haben mit Ja geantwortet die Herren:

1. Alexander, 2. Beschorner (Dresden), 3. Bresgen (Wiesbaden), 4. Brühl. 5. Bussenius (Halle a. S.), 6. Chiari (Wien). 7. Demme, 8. Derenberg, 9. Echtermeyer, 10. Eliades (Smyrna), 11. Eppstein, 12. Finder, 13. Fränkel, 14. Gerhardt, 15. Grabower, 16. Greiffenhagen (Reval), 17. Hansberg (Dortmund), 18. Herrmann, 19. Herzfeld, 20. Heryng (Warschau), 21. Hinrichs, 22. Hoffmann, 23. Jacobson, 24. Jacoby (Hamburg), 25. Jurasz (Heidelberg), 26. Katzenstein, 27. Kayser (Breslau), 28. Kirstein, 29. Kreilsheimer (Stuttgart), 30. Kronenberg (Solingen), 31. Kuttner, 32. Landgraf, 33. Littaur (Düren), 34 Löwenberg, 35. Meyer, 36. Musehold, 37. Nast, 38. Okada (Tokio). 39. Papanikolau (Constantinopel), 40. Petersen, 41. Peyser, 42. Pieniazek (Krakau), 43. Polyak (Budapest), 44. Reichert, 45. Reuter (Ems), 46. Rosenberg, 47. Rubinstein, 48. Saatz, 49. Scheier, 50. Schötz, 51. v. Schrötter (Wien), 52. Schultzen, 53. Simanowski (St. Petersburg), 54. Stepanow (Moskau), 55. Strübing (Greifswald), 56. Sturmann, 57. Treitel, 58. v. Zander, 59. Zoepffel;

mit Nein die Herren:

1. Beckmann, 2. Dreyfuss (Strassburg i. E.), 3. Flatau, 4. Marcuse, 5. Teichmann, 6. Wehmer.

2. Auf die Frage:

Sollen die bestehenden Einrichtungen, d. h. das Bestehen je einer selbstständigen und unabhängigen vollen Section für die Laryngologie und Otologie bei den internationalen medicinischen Congressen und ähnlichen Gelegenheiten aufrecht erhalten bleiben? Ja! Nein!

haben mit Ja geantwortet die Herren:

1. Alexander, 2. Beschorner, 3. Bresgen, 4. Brühl, 5. Bussenius, 6. Chiari, 7. Demme, 8. Derenberg, 9. Echtermeyer, 10. Eliades, 11. Eppstein, 12. Finder, 13. Fränkel, 14. Gerhardt, 15. Grabower,

16. Greifenhagen, 17. Hansberg, 18. Herrmann, 19. Herzfeld, 20. Heryng, 21. Heymann, 22. Hinrichs, 23. Hoffmann, 24. Jacobson, 25. Jacoby, 26. Jurasz, 27. Katzenstein, 28. Kayser, 29. Kirstein, 30. Kreilsheimer, 31. Kronenberg, 32. Kuttner, 33. Landgraf, 34. Littaur, 35. Loewenberg, 36. Meyer, 37. Musehold, 38. Nast, 39. Okada, 40. Papanikolau, 41. Petersen, 42. Peyser, 43. Pieniazek, 44, Polyak, 45. Reichert, 46. Reuter, 47. Rosenberg, 48. Rubinstein, 49. Saatz, 50. Scheier, 51. Schötz, 52. Hf. von Schrötter, 53. von Schrötter, 54. Schultzen, 55. Stepanow, 56. Strübing, 57. Sturmann, 58. Treitel, 60. v. Zander

mit Nein die Herren:

1. Beckmann, 2. Dreyfuss, 3. Flatau, 4. Marcuse, 5. Simanowski, 6. Teichmann, 7. Wehmer, 8. Zoepffel.

3. Auf die Frage:

Soll es bei selbstständigem Bestehenbleiben je einer laryngologischen und otologischen Section als eine Instruction für die Organisations-Comités beider Sectionen gelten, dieselben behufs Discussion von Fragen von voraussichtlich gemeinsamem (d. h. rhino-pharyngologischem) Interesse gemeinschaftlich tagen zu lassen, während speciell laryngologische und speciell otologische Dinge in getrennten Sitzungen verhandelt werden? Ja! Nein!

haben mit Ja geantwortet die Herren:

1. Beschorner, 2. Bresgen, 3. Brühl, 4. Bussenius, 5. Chiari, 6. Demme, 7. Derenberg. 8. Echtermeyer, 9. Eppstein, 10. Eliades, 11. Finder, 12. Flatau, 13. Fränkel, 14. Grabower, 15. Greiffenhagen, 16. Hansberg, 17. Herrmann, 18. Herzfeld, 19. Heryng, 20. Heymann, 21. Hinrichs, 22. Hoffmann, 23. Jacobson, 24. Jacoby, 25. Jansen, 26. Jurasz, 27. Katzenstein, 28. Kayser, 29. Kirstein, 30. Kreilsheimer, 31. Kronenberg, 32. Kuttner, 33. Landgraf, 34. Littaur, 35. Loewenberg, 36. Meyer, 37. Musehold, 38. Nast, 39. Okada, 40. Papanikolau, 41. Petersen, 42. Peyser, 43. Polyak, 44. Pieniazek, 45. Reichert, 46. Reuter, 47. Rosenberg, 48. Rubinstein, 49. Saatz, 50. Scheier, 52. Schötz, 53. Hf. von Schrötter, 54. von Schrötter, 55. Schultzen, 56. Stepanow, 57. Strübing, 58. Sturmann, 59. Teichmann, 60. Treitel, 61. Wehmer, 62. v. Zander, 63. Zoepffel.

mit Nein die Herren:

1. Alexander, 2. Beckmann, 3. Gerhardt, 4. Marcuse, 5. Simanowski.

4. Auf die Frage:

Soll die laryngologische mit der otologischen Section in eine einzige combinirte Section verschmolzen werden? Ja! Nein!

haben mit Ja geantwortet die Herren:

1. Beckmann, 2. Davidsohn, 3. Dreyfuss, 4. Flatau, 5. Marcuse, 6. Simanowski, 7. Teichmann, 8. Wehmer;

mit Nein die Herren:

1. Alexander, 2. Beschorner, 3. Bresgen, 4. Brühl, 5. Bussenius, 6. Chiari, 7. Demme, 8. Derenberg, 9. Echtermeyer, 10. Eliades, 11. Eppstein, 12. Finder, 13. Fränkel, 14. Gerhardt, 15. Greiffenhagen, 16. Hausberg, 17. Herrmann, 18. Herzfeld, 19. Heryng, 20. Heymann, 21. Hinrichs, 22 Hoffmann, 23. Jacobson, 24. Jacoby, 25. Jansen,

26. Jurasz, 27. Katzenstein, 28. Kayser, 29. Kirstein, 30. Kreilsheimer, 31. Kronenberg, 32. Kuttner, 33. Landgraf, 34. Littaur, 35. Loewenberg, 36. Meyer, 37. Muschold, 38. Nast, 39. Okada, 40. Papanikolau, 41. Petersen, 42. Peyser, 43. Pieniazek, 44. Polyak, 45. Reichert, 46. Reuter, 47. Rosenberg, 48. Rubinstein, 49. Saatz. 50. Scheier, 51. Schötz, 52. Hf. von Schrötter, 53. von Schrötter, 54. Schultzen, 55. Stepanow, 56. Strübing, 57. Sturmann, 58. Treitel, 59. v. Zander, 60. Zoepffel.

Unbeantwortet haben gelassen:
die Frage 1 die Herren: 1. Davidsohn, 2. Heymann, 3. Jansen, 4. Hf. v. Schrötter;
„ „ 2 „ „ : 1. Davidsohn, 2. Jansen;
„ „ 3 „ „ : 1. Davidsohn, 2. Dreyfuss;
„ „ 4 „ „ : 1. Grabower.

In seinem Begleitschreiben bemerkt Prof. Rosenberg, dass er im Ganzen 129 Fragekarten abgeschickt und 69 Antworten erhalten habe. Den Herren: Aronsohn, Blumenfeld, Hoffmann, Neugass, Scherpff, Moritz Schmidt und Semon, die bereits bei der Versammlung süddeutscher Laryngologen über die Frage abgestimmt hätten (vgl. Centralblatt p. 342), seien Fragekarten nicht zugeschickt worden.

Aus dieser Abstimmung geht hervor, dass die Berliner laryngologische Versammlung mit einer durchschnittlichen Majorität von etwa $^9/_{10}$ der Abstimmenden der Ansicht ist:

1. dass der laryngologischen Specialität bei den internationalen Congressen die Stellung einer vollen, unabhängigen Section gewahrt bleiben solle,
2. dass die laryngologischen und otologischen Sectionen nicht in eine einzige verschmolzen werden sollen,
3. dass es aber als eine Instruction für die Organisationscomités beider Sectionen gelten solle, dieselben behufs Discussion von Fragen von voraussichtlich gemeinsamem (d. h. rhino-pharyngologischem) Interesse gemeinschaftlich tagen zu lassen.

Personalnachrichten.

Gelegentlich der Einweihung des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. ist Prof. Moritz Schmidt zum Ehrenmitglied desselben und zum Geheimen Medicinalrath ernannt worden (Berliner klin. Wochenschrift).

Max Thorner †.

Den „Annales des maladies de l'oreille“ entnehmen wir mit lebhaftem Bedauern die Nachricht, dass unser rühriger Specialcollege, Dr. Max Thorner (Cincinnati) am 27. August in Folge eines Herzleidens plötzlich verschieden ist. Er wurde todt in seinem Badezimmer aufgefunden. — Der Verstorbene, der nur 39 Jahre alt war, hatte 1884 in München promovirt, und war zur Zeit seines Hinscheidens Professor der Laryngologie am medicinisch-chirurgischen Collegium in Cincinnati. Mit seiner literarischen Thätigkeit sind die Leser des Centralblatts vertraut.

Unser Mitarbeiter, Privatdocent Dr. Felix Klemperer, ist von Strassburg i. E. nach Berlin übergesiedelt.

Namen-Register.*)

A.

Abadie, Ch. **386, 422, 462.**
Abel 88, 165, 183.
Abramow **134.**
Abrashanow **146.**
Adams, E. **154.**
Afanasiew **382.**
Agar, Morley 139, 320, 429.
Aitkens, C. W. **65.**
Albert, E. **152.**
Albertin **17.**
Alexander, A. 93, 96, **245,** 388.
Alexandrow **32.**
Amberg **111.**
Anders 25.
Anderson, J. **83.**
Anderson, L. B. **514.**
Anderson, Abbott **502.**
Anrep 52.
van Anrooy **174.**
Antonow **382.**
Apert **27.**
Archambault 241.
Arloing 237.
de Armend, T. A. **453.**
Armstrong, H. L. **232.**
Armstrong, J. R. **455.**
Aronsohn, Ed. 263.
Arslan **506.**
Asch, Morris J. **443.**
d'Astros **238, 365.**
Aubry 249.
Audry **63.**
Ausset, E. **239,** 413.
Austin, J. D. **452.**
Auvray **150.**
Avellis, G. **5, 23, 64, 122, 123, 189, 225.**
Aviragnet, E. C. **27.**
Ayrton **346.**

B.

Baber, Creswell 135, 137, 318, 320, 429.
Baccelli **224, 440.**
Baeth, A. **102.**
Baldwin, K. W. **63.**
Ballenger, William Lincoln **442.**
Ballenghien **243.**
Ballet 421.
Balzer **450.**
Bang, S. **6.**
Barbier, L. 193, **238, 299, 512.**
Barbour, P. F. **102.**
Barclay **132.**
Bardenheuer 33, 396, 473.
Bardes, A. C. **445.**
Bardier **25.**
Bark 326, 328.
Barnett, J. E. **122.**
Barnhill, J. F. **512.**
Baron, Barclay 167, 426, 427, 430.
Barrett, L. E. **73.**
Barrett, R. D. 58.
Barrett, James W. **106.**
Barth 530.
Barth, Ernst **150,** 223, 249.
Bartholow, Roberts **440.**
Bartz 521.
Batko, J. **350.**
Batten, F. E. **367.**
Battle, E. W. **424.**
Baudouin, G. **294.**
Baumgarten, E. **22,** 46, **98, 112,** 211, 212, 213, 214, **247, 285,** 476, 477, 479, 481.
Baurowicz, A. **2, 161, 248.**
Bayer **223,** 262, 264, **294,** 472.
Bayet **146.**
Beale, H. H. **394.**
Beale, Clifford 141, 204, 312, 319.
Beck, A. **291.**
Beckmann 110.
Belfanti 88.
Beljowski **298.**
Belsheim, G. G. **412.**
Benedict, Fordyce H. **439.**
Benedikt, H. **6.**
Bennett 318, 321.
Benoit, F. **298.**
Bérard, L. **237, 255,** 382, 386.
Bergeat **114,** 531.
Bergengrün 161, 203.
Berger, P. **15,** 23, **295.**
Bernard, M. J. **440.**
Bernhardt **23.**
Bernheim **19,** 111.
Bernoud, Cl. **53, 349, 377, 394, 524.**
Bertherand 233.
Berthold, E. **414.**

*) Die fett gedruckten Zahlen hinter den Autornamen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, während die dünn gedruckten auf Citate seiner Ansichten, Theilnahme an Discussionen etc. etc. sich beziehen.

Betz **499.**
Bezançon, F. **61, 192.**
Bilhaut **104.**
Billings, John S. **406.**
Billroth 237, 487.
Birch-Hirschfeld 482.
Birkett, H. S. **417.**
Bittner, W. **345.**
Blackader, A. D. **414.**
Blake, J. A. **418.**
Blanc, Alfred **450.**
Bled **310.**
Bliss, Arthur A. **509,** 537.
Bloch, E. **42.**
Block 521.
Bloebaum **148.**
de Blois, T. A. **508.**
Bloom, J. N. **396.**
Blum **131.**
Blumenfeld 171.
Boeckel, J. **255.**
Boekelman, W. A. **134.**
Bogaewski **303.**
Boinet, E. **385.**
Boisseau **53.**
v. Bokai, J. **304, 515.**
Bolowkow **365.**
Bolt, M. 176.
Bomstein **365.**
Bonamy **240.**
Bond 139, 322, 323, 325, 426, 427, 428, 434.
Bonnes **300.**
Bonnus **70.**
Bonsfield, E. **368.**
Borchmann **69.**
Borzymowski, J. **302.**
Bosworth, F. H. 88, **443,** 498.
Botey, R. **197,** 375.
Bottermund, W. **197,** 263.
Bottini, H. **424.**
Bottome, J. A. **197.**
Boucheron **9.**
Bouchut 482.
Boulai **401.**
Boulay, M. **414, 445.**
Bousquet 286.
Bouzier **14.**
Bowen, D. C, 513.
Bowen, J. J. 437.
Bowlby 132, 432, 433.
Boyer 354.
Boylan, J. E. **417.**
Braat 173, 174.
Brady, A. J. 72.
Brainin **460.**
Brat, G. **521.**
Brault, J. **21, 60, 112.**
Braun, J. **299.**
Breisacher 131.
Breitung 264, **393.**
Bresgen **10, 59.**
Bretonneau 240, 363.
Brian **38.**
Brin, L. **159.**
Brindel **250, 346,** 349.
Brondgeest 521.
Bronner, A. 137, 207.
Bronstein **300.**
Browicz **14.**
Brown, H. D. **194.**
Brown, J. Price **445.**
Browne, Lennox 169, 327, 328, 329, 330, **446.**
Bruault **126.**
Brück, L. **99.**
Bruck **11.**
Bruck, F. **101, 348.**
van Bruggen, A. C. **119.**
v. Bruns, P. **308, 530.**
de Bruyn, A. S. **524.**
Bryan, J. H. 87, 537, 538.
Bryant, Joseph D. **501.**
Bryce, C. A. **412.**
Budwald **514.**
Bufnoir **79.**
Bullard, W. L. **236.**
Bunzel, Rudolf **16.**
Bunzl-Federn, E. **415.**
Burger, H. 173, 174, 379, 521.
Burghart **100.**
Burgi, E. 223.
Burrell, H. Leslie **437.**
Butlin, H. T. 135, 138, 141, 142, **155,** 204, 207, 208, 253, 321, 328, 426, 427, 428, 429, 529.
Buys **143,** 153, **190,** 285, 472, 474.

C.

Cabannes **76.**
Cabot, A. J. 463.
Cadel, A. **379.**
Cadwallader, R. **19.**
Caillé, Augustus 66.
van Calcar, R. P. **224.**
Calot 280.
Calvé **404.**
Campbell, H. **231.**
Cano, J. Ortiz **281.**
Capitan 200, **256, 517.**
Carbonnier 364.
Carnot, Paul 14.
Carr, Walter L. **76.**
Carralero, Lope **346.**
Carrel **258.**
de la Carrière **190.**
Carrière, Max. **286.**
Carroll, W. L. **411.**
Cartaz 360.
Carter **503.**
Casselberry, W. E. 88, **182, 443, 508,** 535, 537.
Cassidy, Patrick **54.**
Castelain **413.**
Castelloi, Codina **351.**
Castex, A. **374, 375, 498.**
Cathala **78.**
Cathelin **184.**
Caz, J. **107, 361.**
Cerny 358, 450.
Chambers, Talbot W. **59.**
Chapman, George L. **10.**
Chappell, Walter F. **110,** 280, 504, **520,** 534.
Charrin **25, 225.**
Chauchard **62.**
Chauveau **183,** 235.
Chazalon 377.
Cheatham, W. **454, 514.**
Cheatle, Arthur 427, 430, 432.
Cherchewski 379.
Cherry, Thomas **366.**
Chervin 38, **380.**
Cheval **99, 183,** 349, 472.
Cheyne, Watson **227.**
Chiari 528.
Chiari, O. 221, **252,** 282, **361.**
Chibret **399.**
Chipault **473.**
Cholewa **110, 347.**
Christison, Robert 205.
Church, B. J. 116, **413.**
Cieglewicz **517.**
Cisneros **251.**
Clar, C. **57.**
Clark 322.
Clark, J. Payson **458, 508.**
Clarke, J. Fred. **461.**
Cobbett, L. **368.**
Codd, A. **195.**
Coffinas, M. **447.**

Cohen-Tervaert, G. D. 173, 175.
Collet **303**, 377.
Collett, E. P. **181**.
Collier, Mayo **102**, 328, 329.
Combemale, F. **201**, **256**, **311**.
Compaired, C. **60**.
Comte **132**, **201**, **226**.
Connell, Ino, D. O. **287**.
Converse, J. E. **504**.
Coolidge, J. N. **462**.
Coolidge jr., A. 85, **391**.
Coomes, M. J. **395**.
Coon, C, E. **457**.
Cooper, Sir Astley 289.
Cordes, H. **347**.
Cornet, G. **316**, **499**.
Corper, L. 422.
Cortés, S. Botella y Donoso **372**.
Cottam, G. G. **502**.
Cotterel 12.
Coudray **281**.
Coulter, J. Homer **346**.
Coupland, Sidney 116.
Courtade 8.
Cowl, W. **118**.
Cozzolino 506.
Craig, R. **148**.
Cramer **38**.
Crary, Geo. W. **165**.
Crawford, James M. 165, **437**.
Cullen, Gilbert J. **504**.
Cunningham, R. H. **130**.
Curtis, H. Holbrock **31**, **197**, **392**, 419.
Cutter, John Ashburton **439**.
v. Cyon, E. **77**, **78**, 382.
Czerny 251.

D.

Dabney, L. G. **66**, **371**.
Dalton. Norman 257.
van Dam, N. J. **134**.
Dana, C. L. 510.
Dandois **187**.
Danlos **235**, **393**.
Darier 372.
Dartiques **202**.
Davis, G. G. **289**.
Davison 326.
Debaisieux **188**.
Decloux **112**.
Delace **383**.
Delagenière **392**.
Delavan, D. Bryson **74**, 75, 89, **148**, **192**, **402**, 537,
Delbrelh 371.
Delie 474.
Delore 244.
Delsaux 472, 474.
Delstanche 472, 474.
Demme 482.
Dempel **103**.
Denker, Alfr. **110**, 264.
Depage **143**, **150**, **155**, **187**, 188, 250, 293.
Depierris **290**, **441**.
Derevoge **38**.
Deschamps **55**.
Destrée 135.
Deutz, Th. **510**.
Didama, H. D. **186**.
Dickson, Chas. R. **384**.
Didsbury, G. **156**, **517**.
Dieck **19**.
Dieulafoy **462**.
Dixon, F. J. **9**.
Dixon, G. P. **345**.
Djagilow **364**.
Dodd 288.
Donald, W. M. **66**.
Donnelan, P. S. **443**.
Doubre **23**.
Douglas, Beaman **443**.
Douglass, B. **147**.
Douliot **394**.
Downie, Walker 141, **446**.
Doyen **255**, **311**, 399.
Dozy, F. **13**.
Drabcyk, F. **15**.
Drechsel 130.
Dreyer 165.
Dreyfuss **100**.
Dubois 482.
Dubosc, Georges **235**.
Du Castel **235**, **449**.
Dufour **113**.
Duke, A. **394**.
Duncan, R. A. **68**.
Duplay **296**, **447**, 506.
Dupont, F. **459**.
Dupuy, Emile **193**.
Dupuytren 104.
Duret **250**.
Dworetzky **163**, 446.

E.

Eadie, A. B. **411**.
Ebner, Ad. **99**, **344**.
Ebstein **41**, **372**.
Ehrmann 246.
Eichler, H. **118**, **147**.
Einthoven, W. **114**.
Engel-Reimers 482.
van Engelen **143**, **144**, **358**.
England, J. R. **453**, **518**.
Englund, N. **513**.
Enriquez **25**.
Erdheim **403**.
Erichsen 132.
Escat **16**, 414.
Esmarch 263, 290.
Etiévant, R. **354**.
Ewing, Fayette 167.
Exner, Alfred **39**, 382.

F.

Fabricius, F. W. **191**.
Fackelday 174.
Fahrney, H. P. **453**.
Faisans, M. **345**, **439**.
Farlow, John R. 90, **246**, 538.
Fasano, Adolfo **507**.
Fauvel 315.
Fayolle 377.
Feige **83**.
Fein, Johann **111**, **351**, **511**.
Feldt **28**.
Felizet, G. **70**, **287**.
Fenewetzky 25.
Fenwick, P. Chenell **393**.
Ferrari **507**.
Ferrer, J. J. **513**.
Ferreri 11.
Ferrier **384**.
Fiedeldy, C. E. **121**.
Fieder, G. **62**, 95.
Fink, E., **15**, **180**.
Finsen 6.
Fisch, C. **26**.
Fischer, G. 532.
Fischer, G. A. **73**, **101**.
Fischer, Louis **86**, **556**.
Fischl 73.
Fitz, R. H. **80**.
Fitzgerald 385, 527.
Flatau, Th. S. 95, 181, 263, 264, 265, 266, 389.
Fliess 500.

Flitcroft, Wm. **65.**
Flügge 316, 499.
Fokker, A. P. **242.**
Follet, R. **179.**
Foltanek 307.
Fontan **423.**
Forchheimer **51.**
Forgue 237, **312.**
Forsland, J. A. **453.**
Forus, Raphael **301.**
Fougeray 59.
Fournier, A. **17**, **448**, **451.**
Fowler, W. **373.**
Fraenkel, A. **64**, 67, **343.**
Fraenkel, B. 51, 91, 93, 95, 221, 245, 246, 275, 290, 389, 441, 482, **499.**
Fraenkel, E. 88.
Fraenkl 482.
Francis, Alexander **102.**
Franck, François **461.**
Frankenberger **159.**
Franz 67.
French, Thos. R. **497.**
Frerichs **523.**
Frese **500.**
Freudenthal, W. **286**, **371**, **519**, 520.
Freund **309.**
Frey, O. **5.**
v. Friedländer, F. 18.
Friedrich, E. P. 127, **313.**
Frosch **19.**
Fruitnight 14.
Fuchs 46, **293.**
Fullerton, R. **441.**
Furet **353.**
Furnivall, Percy 154.

G.

Gabe, J. **393.**
Galippe 451.
Gallet **188.**
Gallois 104.
Galt, H. **68.**
Gangolphe, Michel **81**, **423.**
Garcin, Ramon D. **410.**
Gardner, H. B. **119.**
Garel **9**, **53**, **58**, 114, 236, **289**, 359, 360, **364**, 370, 377, 398, **415**, 521.
Garnier, M. **193**, **239**, **309**, 383.
Garré **34**, **83**, 521.
Gaston 292, **407**, **450**, **451.**
Gastou **450**, **451.**
Gastow, P. **56.**
Gauchery, P., **450.**
Gaudier, H. **201**, **248**, 256, **311**, **412.**
Gautier, L., **372.**
Gay 405.
Geisler **380.**
Gerber **98**, **352**, **506.**
Geronzi **85.**
Gevaert **113**, **154**, **246.**
Giannettasio **516.**
Gilbert, Aug. **357.**
Gilliam, Earl M. **202.**
Gingles, Rush R. **457.**
Girard **420.**
Glantenay **461.**
Glasgow, Wm. C. **230.**
Gleason, E. B. **443.**
Gleitsmann, J. W. 86, **534**, 537.
Gley 131.
Glover **409.**
Gluck, Th., 51, **92**, 253, 388.
Golay, Et. **26.**
Goldbach **2.**
Goldenberg **36.**
Goldschmidt **179.**
Golowin **354.**
Goodale, J. L. 116, **447**, **448**, **501.**
Goodhart 312.
Goodno, Wm. C. **411.**
Goodwillie, D. H. **54.**
Goris **113**, **149**, **150**, **152**, **153**, **162**, **200**, 396, 473. 474.
Gorodechi 195.
Górski, K. S. **82.**
Gottheil, Wm. S. **449.**
Gottstein 214, 215.
Govdall 116.
Gouguenheim **104**, **249**, **349**, 360.
Gouly **354.**
Gowers 137.
Grabower 51, 94, 95, 127, 261, 388.
Gradenigo **183.**
Graefe 386.
Grant, Dundas **125**, 169, 170, 209, 312, 318, 319, 320, 323, 324, 325, 326, 328, 428, 429, 430, 431, 432, 434.
Grasset, E. **383.**
Gratia **113**, **115.**
Grawitz 225.
Gray, A. A. **519.**
Gray, Colin **165.**
Greene, Chas. L. **76.**
Greiner, A. **378.**
Gregory, W. H., **157.**
Grenet **367.**
Griffin, E. Harrison **446.**
Griffon, W. **61**, **202.**
Grigorjew **26.**
Grimes, L. **159.**
Gripper, W. **27.**
Grönbech, A. C. **401.**
Grossheintz, A. **361.**
Grossmann, M. 51, 93, 94, **127**, 128, 129.
Grossmann, Fritz **355.**
Grovik 50.
Grünwald, Ludwig 88, **301.**
Guarnaccia 506.
Guder **57.**
Guelliot 179.
Guillaume 38.
Guttman, J. **285.**
Gutzmann, J. 23, 265, 388. **511.**
Guye, A. A. G. 44, 171, 175, 176, **398.**
Gyselinck **97.**

H.

H. **460.**
de Haan, J. C. J. Bierens **514.**
Haase 389.
Habart **297.**
Haberern, Paul 487.
Hack 274, 275.
v. Hacker 54, 81, **82.**
Haderup **23.**
Haga, E. **3.**
Hagedorn **505.**
Hagmann **254.**
Hahne **255.**
Hajek, M. **42**, 148, **258.**
Halasz, H. **281**, **355.**
Hall, de Havilland 432.
Halley, Gertrude 107.
Hallian **25.**
Hallipré, A. **131.**
Hamilton, T. K. 72, **106**, 396, **416**, **518.**
Hamm **148**, **507.**

Hand **193**.
Hannecart **250**.
Hansemann 389, 390.
Hansen, C. T. **522**.
Hanszel, F. **32**, **282**, **308**.
Hardie, T. Melville **522**.
Harley 405.
Harmer **32**.
Harris, Alfred E. **515**.
Hartmann 110, 264, 265, 266, **292**, 313.
Hartmann, J. H. **192**.
Hartwig, M. **502**.
Hase, Th. **366**.
Haslund 521.
Haury **17**.
Havel 132.
Hawkins 116.
Hayem **200**.
Heath, C. **200**.
Heaton, G. **82**.
Hébert, A. **232**.
Hecht, Hugo **10**, **148**, **348**.
Hecker **69**.
Hedderich **163**.
Heermann **162**, **393**.
van Heerswinghels **153**.
v. d. Heide 173, 175.
Heinlein **202**.
Hellat, P. **107**, **162**, **380**.
Heller **70**.
Hellmann 232.
Hellström, T. **116**.
Helme 151.
Helmholtz 35.
Helsham, W. M. **23**.
Helsmoortel **286**.
Hendelsohn, Martin **61**.
Henke **153**, **510**.
Hennebert **246**.
Henry, Arthur **193**.
Herman, M. **55**.
Heron, **12**, 170.
Hertel, H. **27**.
Hertoghe **103**, 383.
Hervé, Paul **27**.
Heryng, Th. 112, 400, 472.
Herzfeld, J. 94, 95, **126**, **152**, 388.
Hessler **109**.
van Heukelom, D. E. Siegenbeck **281**.
Hewes, H. F. 448.
Hewetson, Bendelack 472.
Heymann, P. 2, **42**, 94, 96, **258**, 263, 264, 266, 388, 390, 521, **530**.
Hibbard **239**.
Higuet 472, 475.
Hill, W. 139, 140, 210, 319, 320, 329, 426, 428, 429, 432.
Hinkel, F. W. **509**, **522**, 537.
Hirschberg, J. **118**.
Hirschkron **346**.
Hitchcock, Urban G. **509**.
Hölscher **99**.
Holmes, Bayard **310**.
Hoenigschmied, E. **22**.
Hörschelmann **24**.
Hofheimer, J. A. **439**.
Hofmann 171.
Hofmann, Franz **16**.
Hofmokl **4**.
Holz 388.
Holzmann **41**.
Hooper 127.
Hope, Geo B. **510**.
Hopkins, F. E. 90, **232**, **522**.
Hopmann, C. M. **32**, 59, 172, **181**, 263, 264, 266, **530**.
Horne, Jobson 323, 325.
v. d. Horst, C. E. **114**.
Hubbard, C. C. **442**.
Huber, Francis **518**.
Huchard **400**, 461.
Hue **303**.
v. Hültl 48, 482, 485, 486.
Hüter 296.
Hugel **123**.
Hugenschmidt **403**.
Hugo **358**.
v. Hultl 48, 482, 485, 486.
Hunt, G. B. **243**.
Hunt, G. R. **157**.
Hunt, J. Middlemas **121**, 327.
Hutchinson **201**, 510.
Hutchinson jr., J. 12.
Hutinel 368.
Huysman 173.

J. I.

Jaboulay, M., 79, 132, **165**, 201, 202, 226, 230, **384**, 386, 422, 526.
Jacobi, A. 296, **460**.
Jacobson, A. **291**.
Jacques **243**, **413**, **457**.
Jacquet **199**.
Jaeger, R. **40**.
Jaffe 312.
Jancquet **110**.
Janeway, E. G. **463**.
Jankau, Ludwig **464**.
Janquet 473, 474.
Jansens 171, 474.
Janssen **160**.
Jaques, Wm. K. **298**.
Jaques, William M. **410**.
Jeanbran **358**.
Jeanselme 13.
Jelenffy 441.
Jenkins, William T. **458**.
Jerowitz, H. D. **368**.
Jervey, J. W. **402**.
Jessen **359**, 360.
Jeulain 200.
Infield, S. **51**.
Ingals, E. Fletcher 159, **303**, **415**.
Inowe, Heizo **41**.
Jocqs **351**.
Joël **103**, **445**.
Johnston, R. Mackenzie **179**.
Jones, W. S. **418**.
Jonnesco, Thomas **133**, **249**, **421**.
Jordan, Edwin O. **408**.
Jossuet 110.
Jourdanet, P. **398**.
Jousset **402**.
Ippolitow **242**.
Iredell 106.
Irsai 50, **161**.
Isambert **302**, 521.
Ischida 20.
Israel, James **52**.
v. Iterson 514.
Juffinger 485.
Jukowski 343.
Juler, Condell **395**.
Jullian 477.
Jurasz, A. **33**, **530**.
Juschzenhoff **248**.
Justus 482.
Iversene **63**.

K.

Kaiser, M. **53**.
Kanasugi, H. **160**.

Kant **462.**
Kanthack, A. A. 96, **161.**
Kantorowicz, A. **400.**
Kanzel **134.**
Kaposi **231**, **344**, 485.
Karageosjanetz **359.**
Karutz **353.**
Kasahara, T. **67.**
Kassel **374**, **520.**
Kassowitz **67**, 315.
Katz, J. **294.**
Katzenstein, J. 93, **128**. **541.**
Kayser 61, **97**, **119**, **445.**
Keen, W. W., **418**, **501.**
Keimer, Peter 263, 264.
Kelly, Brown 168, 320.
Kenny, A. L. 106.
Kermauner, F. **307.**
Keyes, Thos. Bassett **498.**
Kiaer, Gottlieb **356.**
Killian, J. **60**, **155.**
Kirstein, A. 72, **81**, **118**, 303, 387, 529, 534.
Kissel **292**, **404.**
Kittredge, F. E. **401.**
Klapp **20.**
Klautsch **510.**
Klegesal **300.**
Klein **232.**
Klemperer, F., **129**, 261.
Klimow **367.**
Klotz, H. G. **404.**
Knight, Chas. H. **74**, 75, 84, **457.**
Koch, Paul **343.**
Kocher 281, 418, 420, 525.
Köbner 485.
Köhler 482.
Körner **181.**
Kolipinski, Louis **523.**
Kollmann 484.
Koplik, Henry **80**, 405, **513.**
Korsakow **80.**
Koschier, H. **77.**
Koschlakoff 31.
Kosinski 121.
Kraier, J., 68.
Krause, H. **431.**
Kreidel, A. **377.**
Kretz, R. 28, 67.
Krieg, R. **160**, **258**, **373.**
Krieger **226.**
Kriemer 43.
Krishaber 379, 483, 531.
Krönlein 66, **115.**
Krompecher 483.
Kronenberg **69**, 171, 172, 263.
Krückmann 63.
v. Krüdener 150.
Kümmel 477.
Küttner, H. **132**, **144**, **297.**
Kuhn (Cassel) **82.**
Kuhn (Strassburg) **59.**
Kuleschow **239.**
Kunz, J. **7.**
Kusnezow **5.**
Kuttner, A. 93, 95, **128**, **185**, 482, 529, **541.**
Kyle, D. Braden **108**, **443**, **497.**

L.

Labarre 472, 474.
Labbé **192.**
Labirge, J. E. **455.**
Lack, H. L. **393.**
Lack, Lambert 138, 140, **184**, 208, 210, 433.
Lacoarret **8**, **10**, **60**, **506.**
Lake, R. 140, 141, **162**, 208, 321, 322, 426, 428, 430, **464.**
Lamann, W. **282**, **393.**
Lamb, W. 330, **352.**
Lambert, W. W. **454.**
Lancaster, R. A. **523.**
Lancereaux 461.
Landauer **528.**
Landgraf 160, 161.
Landouzy 9, 460.
Lang **12.**
Lang, Eduard **508.**
Langenbeck 263.
Langmaid, S. W. 85, 536.
Lannelongue 374.
Lannois **41.**
Lauwers **356**, **399.**
Lany 308.
Lanz, A. **405.**
de Lapersonne **149**, **351.**
Larkin, Ino H. 42.
Lartigan, August Jerome **292**, **406.**
Lasègue 406.
Lauenstein 308.
Lauffs, F. **105.**
Laurens 13, 84.
Laveran 384.
Lavisé **155**, **188**, **189.**
Lavrand, H. **228.**
Lavrand, L. **111.**
Law, Edward 209, 319, 320.
Lawrence 208, 321, 324.
Le Calvé **404.**
Le Clerc, R. **233**, **406.**
Ledermann, M. D. **232.**
Leduc **374.**
Leech, J. W. **417.**
Leffingwell, Hiram L. **442.**
Lefferts **361.**
Leichtenstern **166.**
Leland, George A. 535.
Lendon, Alfred A. **70.**
Lennhoff **21.**
Lenoir 473.
Lenzmann **3**, 171.
Leonard, P. J. **505.**
Leonhardt, Max **77.**
Lépinois **254.**
Lepontre **401.**
Lermoyez, M. **126**, **349**, **352**, **378**, **445**, 505.
Leroux, Ch. **120.**
Lesné **367.**
Levin **511.**
Levy **62**, 265, 266.
Lewis, H. Edwin **441.**
v. Leyden 175, **395.**
Liambey, G. 16.
Liaras **250.**
Lichtwitz **15**, **55**, **189**, 431.
Liebmann **37**, **38**, **198.**
Lienaux **115.**
Lieven 171, 263.
Limacher, Franz **79.**
v. Linárt 475.
Lindemann, W. **78.**
Linkenheld, L. 376.
Lisjanski **5**, **281.**
Lissner **513.**
Lister, T. D. 185, **368.**
Littaur, E. 44.
Littlewood, Harry **154.**
Llorente **244.**
Loeffler **8**, **19.**
Löhnberg **289.**
Löri 247, 313.
Loewenbach, G. **144.**
Loewenberg 88, 183, 291.
Loewenstein **33.**
Logan, J. E. 537.
Loison 292.
Lombard **10**, 183, **249**, **349.**
Longet 235.
Longie 521.
Lopez, J. H. **67.**

Lorentz, Hermann **375**.
Lossen **226**.
Lotheissen, G. **5**.
Louis, J. D. **165**.
Lover **405**.
Lowe, W. **527**.
Lubet-Barbon **30**.
Lublinski, W. **254**, **407**.
Luc 16, 209, 414.
Lucas, R. **400**.
Lucatello 161.
Lucius, Charles **355**.
Lüdvik 212.
Luisada **452**.
Lunin 24, 25, 69, **255**.

M.

Maas, K. 307.
Mac Bride, P. 432, **507**.
Mac Caw, James F. **107**.
Mac Coy, John C. **428**.
Maccoy, G. F. **163**.
Mac Gregor, A. **500**.
Mac Intyre, A. J. **522**.
Mackenzie 500, 539.
Mackenzie, J. N. 88, 415, 534, 539.
Mackenzie, Hector 433.
Mackenzie, G. Hunter **230**, 231.
Mackenzie, Stephen 116.
Mac Kinney, R. **395**.
Mac Lean, John **503**.
Mac Swain, J. A. **452**, **453**.
Mager **73**.
Magnus-Levy 382.
Majewski, A. **200**.
Malbec **504**.
Maljutin, E. N. **36**, **198**, **398**.
Manasse 186.
Manley, Thomas H. 459.
Marage **199**.
Marano 183.
Maravel, J. 458.
Marcelle **188**.
Marchand, Gérard **311**.
Maresch, R. **40**.
Marfan 121, 232, 407.
Marion, G. **296**.
Marmorek 410.
Marsh, F. 166, 167.
Martin 22, 72, 230.
Martin, Ch. 456.
Martin, C. J. 366.
Martin, G. R **152**.
Martin, Sidney 116, **157**, **243**.
Mas **297**.
Masing 24.
Masini, G. **190**.
Massei, F. 425.
Matthews, J. Baxter **186**.
Matthieu 394.
Matzenauer **19**.
Mauban **423**.
Mauriac 482.
Maurice 451.
Mayer 521.
Mayer, Emil 90, 91, **162**, **391**, 444, 536.
Mecklen 524.
Meisser, B. **348**.
Meltzer, S. J. **119**.
Mendel, H. **283**.
Menzel **344**.
Merkel **82**.
Méry **409**.
Meslay, R. **180**, **392**.
Metschnikoff 365.
Metzner 360.
Meunier, H. **233**.
Meusel **34**.
Meyer, H. J. **454**.
Meyer, Edmund 91, 95, 390, **541**.
Meyer, Rudolph **411**.
Meyes, W. Posthumus **37**, **56**, **150**, **152**, 173, 174, 175, 176, **286**, **381**, 474, 521.
Michael, C. E. **194**.
Mignon, Maurice **500**.
Mikulicz 81, 476, 477, 526.
Milian **79**.
Miller, Victor **385**.
Milligan 166, 167, 328, 329.
Minton, F. P. **411**.
Mixter, S. T. **463**.
Möller, Jürgen **512**.
Moffat, W. A. **459**.
Mole, H. **195**.
de Molènes, P. **449**.
Molinié, J. **185**, **287**.
Moll **8**.
Moll, A. C. H. **151**, **158**, 173, 174, 175, **497**.
Mollenfeldt **28**.
Mollière, Daniel 399.
Mongour **292**.
Monmarson **234**, **407**.
Monscourt **289**.
Moore, J. W. **83**.
Moore, W. **231**, **357**, **501**.
Morel-Lavallée 450.
Morelli 214, 215, 216, 476, 486.
Moreman, John S. **408**.
Morgridge, G. O. **411**.
Moriarta, D. C. **67**.
Moritz 521.
Morrell, Harry **457**.
Morrill, F. Gordon **454**.
Morris, D. G. **376**.
Morton, W. **282**.
Moser **69**.
Moses 173.
Mosley, Wm. E. **382**.
Mosse **164**, **310**.
Mossé **78**.
Moulinier **180**.
Moure, E. J. **63**, **400**.
Mouret **11**.
Moury 189.
Moussu, G. **39**, **200**.
v. Zur Mühlen **150**.
Mühlenfeldt 24.
Müller **55**.
Mulhall, J. C. **498**, 538.
Munk, Hermann **77**, 382.
Munn, Wm. Phipps **454**.
Murawjew **25**, **367**.
Murray, G. D. **502**.
Murray, T. Morris 90, **162**.
Murray, William H. **438**.
Mygind, Holger **381**.
Myles, Robert C. **147**, **444**.

N.

Nachod **413**.
Naegeli-Akerblom 8, **182**.
Nansen 437.
Nasse, Fr. 43.
Naumann 145, **300**.
v. Navratil 45, 46, 47, 48, 49, **98**, 211, 212, 214, **357**, 475, 479, 481, 482, 486.
Neisser 24.
Nemai 211, 216, 479, 481.
Neuberger, J. **7**.
Neuenborn 172.
Newcomb, James E. 84, **444**, 535.
Newman, David **125**, 205, 207.

Nicholls, A. G. **417.**
Nichols, Jas. E. **231.**
Nicolas, J. **192, 237, 408.**
Nicolle, C. **232,**
Nielsen, E. **124.**
van Niessen **51,** 52.
Nihill, J. E. **385.**
Nisenson **455.**
Nogués **123.**
Noltenius **251.**
v. Noorden **100, 344.**
Noquet **227, 501.**
Northrup, W. P. **515.**
Nyulasy, Frank A. **158.**

O.

Obermayer 67.
Obertüschen 521.
O'Dwyer, Joseph 76, **413,** 456.
Oertel 31.
Offer, R. **509.**
Ogston 209.
Okada, W. **228.**
Okladnich **134.**
Oltuszewski, Wl. **195, 196, 380.**
Oluschewski **380.**
Onodi, A. **124, 125, 148.**
Oppenheimer **364.**
Oppenheimer, Seymour **63, 414.**
Orlow **5.**
Osler, William 105.
Osness, A. M. **195, 453.**
Owen, E. **23.**

P.

Pacchioni **452.**
Pachon **180.**
Paget 372.
Paget, Stephen 142.
Pairman, Thomas Wyld **299.**
Paltauf 225, 248.
Pantaloni, J. **33.**
Parabia, J. **238.**
Parent **392.**
Park, Francis E. **513.**
Park, William Hallock **101, 438.**
Parker 480.
Parkes 405.
Parkinson, P. **410.**
Partsch **188.**
Pasteur, W. 116.
Paterson 139.
Patterson, E. L. **463.**
Paulesco, G. **421.**
Paunz 49.
Payne 257.
Pegler 210, 318, 324, 326, 427, 431.
Pel, P. K. 173, 174, 175.
Peláez, P. L. **347, 375.**
Péraire, M. **54.**
Percepied, E. **524.**
Perier 249, 250, 417.
Permewan, W., **135, 148,** 321. 323, 324, **503.**
Perrogon **192.**
de la Personne **149, 351.**
Pertiz 215.
Petit, Georges **294.**
Peyrissac **70.**
Pfeiffer **79,** 438, 440.
Phillibronn 87.
Phocas **64, 392.**
Pilliet, A. **54.**
Pini **295.**
Pinnana, Narciso Carreras **257.**
Pitres 38.
Pluder **190.**
Plummer, S. P. **439.**
Poisson, L. **353.**
Poliewktow **30, 244.**
Polosson **78.**
Polyak 46, 49, **98,** 211, 212, 213, 355, 478, 480, 481.
Poncet 237, 386, **419,** 420, 526.
Poole, W. H. **58.**
Poole, W. C. T. **68.**
Poore 163.
Porcher, W. P. **183.**
Port **152.**
Posatzki **29.**
Pospiszil 111.
Post, A. **463.**
Potain 461.
Potter, Furniss 137, 167, 325, 326, 328.
Poulet **300.**
Power 257.
Pozzi, S. **54.**
Pradon, Peter **298.**
Preindlsberger, J. **54, 301, 509.**
Price-Brown, J. **506.**
Prioux **353.**
Proben, Chas J. **108.**
Przewoski, E. **418.**
Purkitt, T. T. **182, 503.**
Pusey, W. P. **412.**

Q.

Quénu 313.
Quincke 371.
Quinlan, Francis J. **458.**

R.

Rabek **452.**
Rabot **75.**
Rabow 8.
Raczynski, J. 111.
Raewski **345.**
Raget, Martin **439.**
Railton, T. C. **32.**
Ramond, T. **149.**
Ransohoff **449.**
Raoult, A. **58, 303.**
Rappin **404.**
Rasch, **293.**
Rauchfuss **29.**
Raugé, Paul **164, 290, 421.**
Raventós, A. **257.**
Reboul **20, 202.**
Reclus, Paul 5, **52,** 237.
Redactionelle Notizen **8, 9, 37, 67, 182, 185, 186, 187, 191, 280,** 282, **295, 308, 362, 382, 386, 392, 403, 404, 411, 419, 437, 438, 440, 448, 452, 460, 461, 503. 504, 515.**
Rehn **166.**
Reid, George 170, 326.
Rein **283.**
Reinbach, G. **133.**
Reinhard 267.
Reintjes, J. H. 174, **452.**
Reitzenstein **422.**
Renault 385, 421
Rendu **186.**
Rénon, L. **179.**
Renshaw, C. 193.
Réthi, L. **11, 30.**
Retzlaff, Bruno **247.**
Reuter 267
Reverdin, J. L. 525.
Rhodes, John E. **524,** 536.
Rice, C. C. 89, **289, 369. 370, 437, 504, 516, 518,** 538.

Richardière, H. **28**, **363**.
Richards, Geo L. **11**, **441**, **507**.
Richardson, 81.
Richardson, J. J. **523**.
Richardson, C. Harper **450**.
Riese **115**, **455**.
Rigot **423**.
v. Rimscha, R. 150, **347**.
Ripault 360, 508.
Rivière 78.
Robinson, H. B. 317, 318, 426, 429.
Robinson, W. K. **505**.
Robinson, Betham 325, **451**.
Robinson, Beverley 535.
Robson, Mayo **134**.
Roca, P. **238**.
Roche, A. **351**.
Roe. John O. **443**, **502**, **519**, 535.
Roemheld **166**.
Roepke 171, 265, **355**.
Roger, H. **193**, **239**, 241, **309**, **383**.
Rogers, John **456**.
Rolleston, H. D. **257**.
Rollet 358.
Root, Edward K. **65**.
Root, Eliza H. **57**.
Rosapelly **34**.
Rosenbach 378.
Rosenberg, A. 91, **146**, **160**, **258**, 387, 388, 390, **529**.
Rosenberger 19.
Rosenfeld **41**.
Rosenheim, Th. 81, 82, **462**, 529.
Rosenthal **398**.
Rosenthal, Edwin **76**.
Rouge 237, 474.
Roughton 204.
Roure **151**.
Roussan, G. **187**.
Rousseau, Louis **235**.
Rousseaux 474.
Roux 365, **420**.
Roy, Dunbar **391**.
Rubinstein 521.
Rueda, F. **69**, **286**.
Rundström, A. **119**, **182**, **455**.
Rupp, Adolf **369**, **412**.
Russel, Risien 125, 126, 432.
Russel, J. R. **83**.
Russow **80**.
Rutsch **418**.
Rutten **151**.
Ryerson, G. Sterling **441**.

S.

Sabrazès, J. **76**.
Sachs, F. **240**.
Sacquépic **406**.
Sänger, M. 11, **34**, 35, **37**, **345**, **503**.
Sagasta **303**.
Sainsbury **159**.
St. Clair Thomson 12, **110**, 136, 137, 139, 205, 210, **312**, 322, 323, 324, 325, 359, 426, 429, 431, 433.
Saint-Hilaire **151**.
Sajous **370**.
Sandmann 390.
Sano **135**.
de Santi, Ph. 207, 208, 434.
Sappey 236.
Sargnon **359**, **370**.
Sarremone **508**, **519**.
Sasse 173.
Sato, Kinga **67**.
Sawyer, Frank D. **105**.
Schabod **28**.
Schaefer, J. C. **461**.
Schaeffer, M. **344**, **523**, **530**, 533.
Schaffer, J. **41**.
Schanz, F. **24**, **398**.
Schech, Ph. **42**, **180**.
Scheier, M. **6**, **36**, 91, 92, 94, 173.
Schellong **236**.
Scheppegrell, W. **13**, **58**, **285**.
Schiff **101**.
Schiller, Arnold **251**.
Schimmelbusch 499.
Schleich 297.
Schlesinger, H. **404**, **515**.
Schmidt, Karl 263, 264, 265, 266.
Schmidt, Max **242**.
Schmidt, Moritz 87, 119, 138, 480.
Schmidthuisen 263, 265, 266, 267.
Schmiegelow 356.
Schönborn 41, 79.
Schöndorff, R. **40**.
Schötz **230**.
Schoonmaker, H. **196**.
Schoonmaker, J. R. **438**.
Schopf 67.
v. Schrötter **30**, **98**, 264 **360**, **362**, **416**, 456, **507**, 531.
Schütz **153**.
Schultz, P. David **194**.
Schultze **18**, **405**.
Schultze, F. **357**.
Schultze, Fr. **293**.
Schulz **160**.
Schumacher, Carl **405**.
Schwartz **419**, **421**.
Schwimmer 477.
Schwörer **528**.
Scott, Geo W., **452**.
Scudder, Chas. L. **281**.
Sébilean, P. **20**.
Seifert, O. **102**, **109**, 163, **258**, 355, **451**.
Seiler, Carl **508**.
Selenski **370**.
van Selms 174.
Semon, Sir Felix 51, 93, 94, 121, 125, **126**, 138, 141, 142, **163**, 206, 208, **217**, 221, 246, 253, 254, **258**, **269**, **333**, 378, 379, 425, 426, 427, 428, 529, 530, 539.
Sendziak, J. **2**, **63**, **108**, **109**, **145**, 208, **253**, **370**, 529, 531.
Senn 140.
Serrano, R. **297**.
Severn, W. D. 431.
Sevestre **70**, **116**, 240, **241**, 244, 292, **300**, **459**.
Shambaugh, Geo. E. **184**.
Sharman 319.
Sharp 293.
Shields, Edmund **257**.
Shurly, E. L. **33**, **520**.
Sic 241.
Siebenmann 264, 266, 348, 361.
Siefert **184**.
Siegele **249**.
Siegenbeck van Heukelom, D. E. **281**.
ten Siethoff, E. G. A. 174, 175.
Sila-Nowitzki **10**.
Silberstein **350**.

Silfast, J. **499.**
Simanowski 31.
Simon 237.
Simonin, J. **208.**
Simpson, Wm. K. **74**, 534, 537.
Singer, A. **394.**
Sireday **14.**
Sirol **123.**
Sirot, O. **145.**
Sisson, Ellet O. **375.**
Slack, Henry R. **516.**
Slawyk **26.**
Sluder 377.
Smester **6, 7.**
Smith, F. **408.**
Smith, Edgar D. **512.**
Smith, Eustace **104.**
Smith, William H. **488.**
Smithson, O. **405.**
Snell 324.
Sobel, Jacob **402.**
Socin **419**, 420, 526.
Sörensen **409.**
de Sojo, F. **291.**
v. Sokolowski, A. **100, 224.**
Somers, Lewis S. **21, 114, 408, 442.**
Spencer, Walter 136, 138, 141, 203, 205, 207, 208, 210, 318, 321, 426, 427, 432, 433.
Spicer, Scanes 137, 139, 140, 204, 209, 428, 431.
Spier 191.
Spiess, Gustav **56**, 119, **289.**
Spink, Mary A. **256**
Springer **528.**
Spronck, C. H. H. 24, **242.**
Squire, B. 12.
Stachiewicz, T. **13.**
Stadelmann **529.**
Stahl, B. Franklin **415.**
Stahr, H. **280.**
Stamm **123.**
Stawell, R. R. **105**, 107.
Stein **248.**
Stein, E. **345.**
Stein, O. J. **414.**
v. Stein, St. 160.
Steinlechner, Max **129.**
de Stella, H. **505.**
Stellwag 386.
Stephens 376.
Stephenson, S. **410.**
Sterling, Gustavo **371.**
Stetter **98.**
Stevens, W. E. **157.**
Steward 428.
Stewart 204.
Stewart, R. H. **353.**
Stewart, S. G. **438.**
Stewart, W. **355**, 356.
Sticker, G. **13, 350.**
Stiel **59.**
Stillson, Hamilton **524.**
Stimpson **123.**
van Stockum, W. J. **74.**
Stoeder, W. **121.**
Stoerk, K. **42**, 77, 183, 253, 489.
Stoker, George 170, 326.
Stoker, Sir William **386.**
Stokes, Wm. Royal **410.**
Stonwell 383.
Stooss **114, 156.**
Storer, F. B. **58.**
Stores 268.
Strandbygaard **107.**
Straub, M. **241, 242.**
Strohe **194.**
Stroll **194.**
Strubell **101.**
Strübing 214, 215.
Struycken, H. J. L. **151.**
Stuckei **28.**
Stucky, J. A. **191.**
Sultan **5, 145.**
Suslow **227.**
Suttie, George **27.**
Swail, G. J. **444.**
Swain, Henry L. **229, 352,** 537, 539.
Swayze, Geo. B. H. **438.**
Swift, H. **71.**
Symonds, Charters 138, 204, 205, 207, 210, 320, 322, 323, 325, 428.
Syms, Parker **164.**

T.

Tailhefer **309.**
Takenaka, Zeiken **20.**
Talma, S. **57.**
Targett 154, 359.
Tauber **353.**
Taudler **511.**
Taulbee, J. B. **498.**
Taylor, J. Madison **523.**
Témoin **422.**
Tendeloo, N. Ph. **257.**
Tenneson 451.
Terre 145.
Terrier 250.
Tervaert, Cohen 173, 175.
Tévenat 399.
Thayer, William Sydney **515.**
Thibout **245.**
Thomas **400.**
Thomas, M. **187, 349.**
Thompson, D. J. Russel **111.**
Thomson 204.
Thorne 319.
Thorner, Max 159, **395.**
Thornton 132.
Thonton, G. G. **30, 66.**
Tilley, Herbert 136, 137, 141, 203, 204, 207, 320, 322, 323, **416**, 428, 429, 431, 432.
Todd, C. **181.**
Toeplitz, M. **114.**
Tollemer **238.**
Tordeus **123.**
Toshut 236.
Travis, N. D. **452.**
Treitel 93, 95, **360**, 387.
Trélat 237, 295.
Troisier **112.**
Trousseau 100.
Trunecek 358, 450.
Tuffier 17.
Turnbull 112.
Turner, G. R. **100.**
Turner, J. G. **356.**
Turner, Logan 432.
Tuttle, Jas. P. **294.**

U.

Uchermann, V. **120, 121, 124, 125, 158,** 159, **250, 371, 376, 378, 416, 518.**
Ucke 24.
Unna 9, **53**, 161.
Urbahn **68.**
Urbantschitsch 35, 290, 394, 441.
Uskow 366.

V.

Vacher **7, 30.**
Vallas **22**, 298.
Vanderveer, Albert **463.**

Vaquez 112.
Variot, G. 240, **376.**
Vaudey, G. **201.**
Vedel, A. **360.**
della Vedova 88.
Velich 396.
Verco, J. C. **72.**
Vergniaud **124.**
Verneuil 236.
Viannay **298.**
Vidal, Louis **236.**
Vignard **79.**
Vigouroux **201.**
Villegas, Peláez **226.**
Vincent, H. **234, 406, 511.**
Vinci, Gaetano **52.**
Vinrace 170.
Virchow 18, 95, 246.
Vollmer **21, 448.**
Voltolini 267.
Voron **202.**
Vreeder, M. A. **300.**
Vuillermin **225.**
Vulpiån 235.

W.

Wachenheim, F. L. **65.**
Wade, J. A. **9.**
Wäldin, Karl **112.**
Waggett, Ernest 136, 140, 204, 262, 322, 323, 426, 433.
Wagner 308, 506.
Wagner, Henry L. 536, 538.
Wallace, A. **196.**
Wallace, T. **417.**
Wallace, James R. **285.**
Walsh, J. E. **117.**
Walsham, Hugh **61, 64, 190,** 205, **359.**
Ward, M. W. **293.**
Warnecke **347.**
Warrack, Jas. S. **459.**
Warren, J. C. **451. 459.**
Warren, Wadsworth **503.**
Washbourn 116.
Watson, Arthur W. **443.**
Webben, H. **144.**
Weber 237, 290.
Weber, A. **3.**
Webster, P. 106.
Weidenfeld **395.**
Weil **121.**
Weil, Emile **22, 423.**
Weiler, L. **386.**
Weiller **310.**
Weisbecker **194.**
Weiss, Th. **417.**
Welitschkina **156.**
Wells, Walter A. **350, 397.**
Werblowski **28.**
Werewkin **29.**
Wernicke 223.
Westergaard **38.**
Westphalen **528.**
v. d. Wey 174.
Whistler 328.
White, Hale 116.
Whitehead 155.
Whiterstine, H. H. **455.**
Whitney, H. B. **181.**
Widal 61.
Wigg, A. E. **71.**
Wilcox 76.
Wildersinn **358.**
Wilkinson, John F. **379.**
Willcocks 140, 205, 433.
Williams, J. J. **412.**
Williams, Watson 138, 322, 324, 427, 432.
Williamson **256.**
Wilson **149.**
Winckler, E. **21,** 102, **118.**
Wingrave, Wyatt **61,** 88, 137, 167, 168, 169, 170, 209, 210, 326, 327, 329, 430, 432.
Winiwarter 483.
Winkler 213.
Winslow, J. **58, 198.**
Wintrich 223.
Woakes 274.
Wölfler **255,** 526.
Woldert, Albert **243.**
Wolf 35.
Wolfenden, Norris 261, 427.
Wolff **418.**
Wolff, Max **52.**
Wolfram **255.**
Wolkowitsch **73.**
Wood, A. J. 528.
Wormser, Edm. **40.**
Worralc, C. L. **159.**
Wreden **52.**
Wright, Frank W. **412.**
Wright, Jonathan **51,** 86, 90, **101, 229, 230, 500.**
Wroblewski, L. **185.**
Wulfsohn, S. **16, 403.**
Wyllie 38.

X.

105, 116.

Y.

Yeardsley, M. **147.**
Yearsley 210.
Yonge, E. S. **53, 394.**
Ypes-Speet, Maria **36.**

Z.

Zaalberg, P. J. 174.
Zahorsky, J. **454, 528.**
Zander **109.**
v. Zander **519.**
Zarniko 44, **180,** 181, **296.**
Zenker 63.
v. Zeynek, R. **291.**
Ziem **102,** 274.
Ziemssen 248, 521.
Ziffer, E. 484.
Zilgien **62.**
Zimmermann **103.**
Zuckerkandl 148, 352.
v. Zur Mühlen **150.**
Zwaardemaker, H. **35,** 57, 173, 174, **227.**
Zwillinger 214, 215, 476, 480.
v. Zyon, E. **77, 78,** 382.

Sach-Register.

A.

Acne, Primäraffect der — 350.
Acne hypertrophica der Nase 54.
Actinomyces. Zur — -Frage 52.
— Reincultur 51.
Actinomycose 5; Behandlung der — mit Jod 345.
Addison'sche Krankheit, Melanoplakie der Mundschleimhaut bei — 293.
Adenoide Vegetationen 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 400, 401, 402; Bedeutung der frühen Erkennung der — 105, 402.
— bei Erwachsenen 107, 474; Exostose der Rachenwölbung zufällig mitentfernt mit — 15; die sogen. todte Sprache bei — 35; nasale Verstopfung — vortäuschend 102; — und Ohr 102, 400; acute Entzündung der — 103; Pseudocroup bei — 103; Myxoedem bei — 103; Kehlkopfspasmen bei — 401; Asthma durch — 401; Enuresis und — 401; zur Frage der Tuberculose der — 103, 350; — und Scrophulose 104; Einfluss der — auf das Knochengerüst 104; — und Kehlkopfstridor 104; Prolapsus ani verschwunden nach Operation der — 105; — und Taubstummheit 106; Strabismus durch — 187, 400; Retropharyngealabscess nach Entzündung von — 364; Endocarditis bei — 400; Epilepsie und — 509; Causalnexus zwischen — und Gaumenspalten 511.
— Die Operation der — 108, 109, 110, 264, 402, 537; Zufälle bei der — 109; Complication bei der — 108; plötzlicher Tod nach — 509; Narkose bei — 110, 509; Recidive nach — 509, 537; Instrumente für — 110.
Aethernarkose, Entstehung der Erkrankungen der Luftwege nach — 99.
Amadou als Tampon nach Nasenoperationen 445.
Aneurysma des Truncus anonymus 163 (in die Trachea durchbrechend); s. Aortenaneurysma.
Angina 111, 232; — nach Operationen 409. (der kurze Löffler'sche Bacillus bei —).
— abscedirende — 191; s. Tonsille. Abscess der — und Peritonsillitis.
— acute — 232, 407; — bei Kindern 232; — mit Friedländerbacillen 232; — mit Leptothrix 233; — mit spindelförmigen Bacillen 234, 406; — durch Microc. tetragenus 406.
— epiglottidea anterior 158.
— gichtische — 233, 406.
— glandulosa 111.
— membranöse nicht diphtheritische — 111, 233, 234, 407 (mit Calciumpermanganat behandelt).
— praeepiglottica phlegmonosa 407.
— pseudomembranöse — 360 (nach Pneumonie).
— ulceröse — 111.
— mit Friedländer'schen Bacillen 232.
— mit Streptococcen 112 (Phlebitis des Beins nach —).
— mit Leptothrix 233.
— mit spindelförmigen Bacillen und Spirillen 234, 406.
Angina Ludovici 144, 232 (als Complication bei acuter eitriger Otitis).
Angina pectoris nach Mandelentzündung 62.
Anomalie, eine seltene — 148.

Antisyphilitische Cur, tödtliche Kehlkopfzufälle im Verlauf einer — 159.
Antitoxin s. Diphtherieserum.
Aortenaneurysma, Larynxuntersuchung bei — 145; Application von Röntgenstrahlen bei — 145, 146, 388; Verengerung des Oesophagus durch — 423; Durchbruch eines — in die Speiseröhre 423.
Aphonie, hysterische — 198; — geheilt mit Hülfe von Stimmgabeln 198.
Arrosionsblutungen aus grossen Gefässen 345.
Arteria pharyngea ascendens, abnorme — 175.
Aryknorpel, ödematöse Hypertrophie der — 210.
Aspiration pulverförmiger Medicamente 499.
Aspirationspneumonien 224.
Asthma, verursacht durch Streptococcen-Rhinitis 9; Adenoidasthma 401; Zwerchfellasthma 223.
— bronchiale 57, 100, 343; — und Athmungsgymnastik 398; Behandlung des — 100, 344; mit Paraldehyd 500; mit Jodipin 500.
Asthmawetter 57.
Athem, übler — 223, 262.
Athmung auf Bergen 223; Einfluss der Gehirnrinde und der subcorticalen Ganglien auf die — 343.
Atlas der Kehlkopfkrankheiten 301.
Auge, Luxation des — in Folge von Blasen durch die Nase 398.
Augenkrankheiten, Beziehungen zwischen — und Nasenkrankheiten 46, 59, 102, 149, 351.
Auskochen der Kehlkopfspiegel 180, 181.
Autoscop 318, 387, 534.
Autoscopie, Ueber die Bezeichnung — 118.
— des Kehlkopfs, Instrument zur — 118; Modification der — 303.

B.

Basedow'sche Kranheit 201, 256, 385; — in Jowa 461; Verengerung des Muttermundes als Ursache der — 256; unvollständige Form von — 385.
Basedow'sche Krankheit, Pathogenese der — 201, 385, 421.
— Behandlung der — 164 (moderne —), 165 (mit Nebennierenextract), 165 (durch Vagusdehnung), 201 (durch Electrolyse), 421 (mit Chininsulfat) 461, 462.
— Prognose der — 256.
— Sympathicusdurchschneidung und -resection bei — 79, 133, 201, 256, 310, 311, 386, 421, 422, 462.
— Schilddrüsentherapie bei — 310, 386.
— Thyroidectomie bei — 41 (geheilter Fall), 165, 386; Ursache der Todesfälle nach — 386.
— operative Behandlung der — 310, 311.
Bernay-Schwamm gegen Nasenbluten 534.
Beschlagen der Kehlkopfspiegel, Verhütung des — 7.
Blutungen nach Zahnextraction als Menstruatio vicaria 13.
— in den oberen Luftwegen 100.
— durch Arrosion grösserer Gefässe 345.
— aus dem Oesophagus 423, 463.
— Schwamm gegen — 445 (Amadou), 534 (Bernay's); s. Nasenbluten etc.
Brechanfälle, vorgetäuscht durch Rachen- und Kehlkopfkrampf 123.
Bronchialasthma s. Asthma.
Bronchialstein 215.
Bronchien, Beziehung der — zu den Thoraxwänden, durch Röntgenstrahlen festgestellt 418.
— croupöser Catarrh der — 370 (Behandlung des —).
— Fremdkörper in den — 70, 73, 303, 459.
Broncholithiasis 73.
Bronchopeumonie nach Inhalation von Fremdkörpern 457.
Bronchotomie 419.
Bulbärparalyse, Geschwüre des harten Gaumens in einem Falle von — 112.
Bursa thyro-hyoidea 281.

C.

Cancrum oris 357.
Carotis, Unterbindung der — bei Tumoren der Mundrachenhöhle 399.
Casuistische Beiträge 2, 3, 4, 98, 112, 343, 391; — aus der Klinik von Prof. Pieniazek 2; s. Jahresberichte.

Catarrh, Behandlung des chronischen — 498.
Chamaeprosopie als ätiologisches Moment für Ozaena 348.
Chloroformnarkose, stenosirende Kehlkopfaffectionen bei der — 119; Glottisödem während der — 518.
Chlorose durch Thyroiderkrankung 200.
Choanalpolyp s. Nasenpolypen.
Choanen, knöcherner Verschluss der — 285, 445; s. Nase, Verstopfung der —.
Chorditis vocalis inf. hypertrophica 161, 211, 475; s. Laryngitis.
Chorea laryngis 121.
Chromerkrankungen 100.
Cocain in der gegenwärtigen Chirurgie 52; Wirkung des — auf das Herz 180.
— zur Behandlung der Coryza bei kleinen Kindern 8.
Consonantbildung, Grundzüge der Mechanik der — 34.
Consonanten, Rolle des Kehlkopfs bei den gedämpften und sonoren — 34.
Coryza 181, 182; nächtlicher Krampfhusten und Erbrechen bei — kleiner Kinder 56; Diphtheriebacillen oder Pseudodiphtheriebacillen bei der gewöhnlichen — der Kinder 156, 367; — mit Ursprung von den Zähnen 181; — bei Brustkindern als Frühzeichen von Syphilis 346; Ursache der — bei Kindern 504; — und Allgemeininfection 503.
— Abortivbehandlung der — 8.
— Behandlung der — 8, 9, 181, 182, 503, 504; mit Cocain 8; mit Uranium 9; durch den allgemeinen Praktiker 503.
Cretinismus, experimenteller — 39; — nach acuter Schilddrüsenentzündung 257.
— Thyroidtherapie bei — 80 (die schliesslichen Resultate der —).
Crico-arytaenoidgelenke, rheumatische Entzündung der — 370; chroniche Entzündung der — durch Lues 481.
Cricoidknorpel, partielle Nekrose des — durch längeres Liegen einer Oesophagussonde 456.
Croup s. Diphtherie.

D.

Diaphragma zwischen den Stimmbändern 163, 387.
Diphtherie 193, 238, 240, 452, 453, 513; prolongirte — 26; gemischte — 193, 238, 409; recidivirende — 238; larvirte — 298; — der Vögel 115; — des Auges 28; — der Nase 368; — der Nase, Conjunctiva und Urethra 157; — der Trachea und Bronchien 193, 239; — bei Neugeborenen 513; Bakterien in Rachen und Nase bei der Reconvalescenz von — 26; Verallgemeinerung von — 239; Ursachen der Athemnoth bei — 240; das Blut bei — 366; Differentialdiagnose zwischen — und Syphilis des Halses 408.
— Complicationen der — 2 (Tonsillarabscesse u. Highmorshöhlenempyem), 239 (— von Seiten des Herzens und der Lunge), 513 (Bronchopneumonie).
— Diagnose der — 65 (klinische —), 298 (frühe —), 65, 238, 365, 409 (bakteriologische —); Nährböden für die — 365.
— Epidemie von — 157 (in einem ländlichen District), 298, 452.
— Folgekrankheiten nach — s. diphtheritische Lähmungen.
— Mischinfection bei — 193, 238, 409.
— Pathologie der — 65.
— Statistik der — 28 (im Hospital Trosseau), 243, 455.
— Sterblichkeitsziffer der — 408, 455.
— Behandlung der — 66, 194, 240, 299, 410, 453, 513, 514; rationelle — 195, 453; — mit Chlor 194; mit Eucalyptusdämpfen 240; mit Schwefel 453.
— Serumtherapie bei — 27, 28, 29, 66, 67, 115, 116, 117, 157, 158, 194, 238, 241, 242, 243, 299, 300, 368, 369, 410, 411, 412, 413, 454, 455, 514, 515; s. a. Diphtherieserum.
— Intubation bei — 30, 66, 239, 243, 300, 412, 515, 516; in der Privatpraxis 30, 243, 244, 413, 515.
— Tracheotomie bei — 158, 243, 244, 500.
Diphtheriebacillen 24; — in Rachen und Nase während der Reconvalescenz 26; — im Urin 408; Abhängigkeitsverhältniss zwischen Länge und Virulenz der — 156; Vorkommen der — beim gewöhnlichen Schnupfen der Kinder 156; Fall von äusserlicher Rhinitis durch — nach Scharlach 181, 409; Wirkung der — auf die

Lymphdrüsen 192; Agglutination der — 192, 237, 408: Methode zur schnellen Vernichtung der — nach Verschwinden der Pseudomembranen 193; Formalinwirkung auf — 24; Nährböden für — 365; der diagnostische Werth der kurzen — 238, 409; die klinischen Beziehungen der — 65.
Diphtheriegift, Wirkung des — auf das Nervensystem 25, 367, 452; Wirkung des — auf die Circulation 25; Wirkung des — auf die Lymphdrüsen 192; Uebergang des — vom Fötus auf die Mutter 225; gegenseitige Wirkung von — und Serum 25, 366.
Diphtherieserum 365, 366; Patentirung des — in Amerika 67; gegenseitige Wirkung des Diphtheriegiftes und des — auf das Nervensystem 25, 367; Wirkung des — auf die Circulation 25; Untersuchungen über die Assimilation des — 26; Agglutination des Löffler'schen Bacillus durch das — 192, 237; Speichelfluss nach — 67; Tod nach — 28, 67.
— Behandlung mittelst — 454 (Darreichung per os); s. Diphtherie, Serumtherapie bei —.
Immunisirung mit — 27, 28, 29, 66, 300, 454.
Diphtheritische Lähmungen 239, 26 (Halbseitenlähmung), 65 (ungewöhnlich schwere —), 298 (allgemeine —), 326 (des Gaumens und Stimmbandes), 367 (des Herzens, Veränderungen der Herzganglien bei —), 410 (der Augenmuskeln). Pathologie der — 367.
Ductus lingualis, Pathologie des — 155.
Dyslalie, sigmatische — 319.
Dysphagie, hysterische — 85; functionelle — 312; — bei einem Kinde 325; längere schmerzhafte — als diagnostischer Hinweis auf Syphilis 364, 398; — bei tuberculöser Laryngitis 374, 520.
Dyspnoe, exspiratorische u. rhythmisch spastische — 120, 376; spasmodische — 122; subjective — als Symptom trockener Catarrhe 345; Acute — durch Trendelenburg's Tampon-Canüle 121.

E.

Echinococcen 21.
Electrischer Geschmack 16, 291.
Electrolyse, bei Nasenkrankheiten 15; Grundzüge der klinischen — und Katalyse 282; Instrumente für die — 393; — bei Ozaena 11, 174, 348, 349, 507.
Elephantiasis der Lippen 213; — der Nase 226.
Enuresis nocturna und ihre Heilung durch Behandlung der Nase 265; — und Adenoide 401.
Epiglottis, Doppelcurette für die — 162; Ansaugung der — bei Lähmung der Mm. ary-epiglottici 172; Präparate einer tuberculösen — 321; übermässig zurückgebogene — 323 (Abtragung eines Tumors bei —).
— Angiosarcom der — 486.
— Carcinom der — 32, 95, 141, 251, 322.
— Cysten der — 167, 208.
— cystische Erkrankung der — 415.
— Entzündung der — 158; — membranöse — 428, 431.
— Epitheliom der — 322.
— Oedem der — 94.
— Tuberculose der — 321, 329, 472.
Epileptoide Anfälle bei nasaler Verstopfung 57.
— bei Nasennebenhöhlenerkrankung 95.
— bei adenoiden Vegetationen 509.
Erkältung 99; die Infectiosität der — 437; die rasche Heilung einer — 438; s. Catarrh, Influenza etc.
Eucain B., 52; s. Cocain.
Exostose der Rachenwölbung mit Adenoiden mitentfernt, 15.
Exothyropexie, 132, 384.

F.

Fettsucht, Behandlung der — mit verschiedenen Schilddrüsenpräparaten 382.
Fistelstimme, persistirende — 389; s. Stimme etc.
Flüsterstimme, Rolle des Kehlkopfes bei — 34.
Formalindampf-Wirkung auf Diphtheriebacillen 24.
Formol, Einfluss des — auf die Schilddrüse — 254.

Fossa supratonsillaris 139; s. Mandelbucht.

G.

Galvanokaustik, Indicationen der — in der Nase 15, 289; Stirnhöhlenempyem nach — der Nasenmuschel 353; aseptische Instrumente für die — 393.
— bei nasalen Synechien 289.
— in Rachen und Kehlkopf 289.
Gastrotomie, bei Oesophagusstrictur 202; — wegen Neubildung 258.
Gaumen, Fehlen des weichen — 23; Aetiologie des hohen — 361; Bedeutung des — für die Singstimme 36; Sequester des — 113; temporäre Resection des — 188; Dimensionen des — im Verhältniss zum Gesichtsschädel 266; varicöser Naevus des — 433; Betheiligung des — an der Stomatitis mercurialis 511; Adhäsion des — an der hinteren Rachenwand 205, 207 (Operation wegen —).
— Adenom des — 236.
— Carcinom (Epitheliom) des — 112, 446, 476 (primäres —).
— Geschwülste des — 113, 236.
— Geschwüre des — 112, 213, 430.
— Herpes des — 112.
— Leucoplasie des — 112.
Lipom des — 428.
— Papillom des — 319.
— Perforation des — 512; syphilitische 235; tuberculöse 235, 512; s. a. Gaumensegel.
— Syphilis des — 113.
— Tumoren des — 113, 236.
— Ulceration des — 112, 213, 430.
Gaumendach, überzähliger Zahn im — 19; Revolverschuss in das — 237.
Gaumenhaken 512.
Gaumenmuskelkrämpfe, klonische — mit objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch 23.
Gaumensegel, normale Bewegung des — beim Sprechen 265, 511; rhythmische Contractionen des — 23.
— Dermoidgeschwülste des — 235.
— Gemischte Tumoren des — 23.
— Innervation des — 235.
— Krampf des — 124.
— Lähmung des — 326 (nach Diphtherie), 428 (nach Otitis media), 432 (bei Syringomyelie), 434.
Gaumensegel, Perforation des — 389, 512 (tuberculöse —).
— Sarcom des — 50.
— Tumoren des — 23, 113.
Gaumenspalte 511; angeborene — 236 (familiäre —); ein ausnahmsweiser Fall von — 429; Causalnexus zwischen Pharynxtonsille und — 511; Ursachen der hinteren — 511.
— Behandlung der — 23, 511; s. Uranoplastik etc.
Gelatinirtes Serum zur Blutstillung 14.
Geruch, über den — 346; s. a. Riechen.
Geruchsmesser 8, 267.
Geschlecht, laryngoscopische Diagnose des — 414.
Geschlechtsorgane, Beziehungen der — zu den Kehlkopfaffectionen 414; Beziehung der Schilddrüse zu den — 78, 309.
Geschmack, Untersuchungen über den electrischen — 16, 291.
Geschmacksempfindungen beim Riechen 227.
Gesicht, Abschälen des — behufs Zugang zur Nasenhöhle 396; Eruptionen im — infolge von nasalem Druck 502, 503.
— luetisches Geschwür des — 395.
— Lupus des — 350 (Primäraffect des —), 357 (Operation bei —).
— Lymphectasien des — 21.
Gichtische Erkrankungen der oberen Luftwege 233, 406, 498; s. a. rheumatische Erkrankungen.
Glossitis exfoliativa 294.
— membranöse — 154 (mit Staphylococcen).
— parenchymatöse — 447.
— syphilitische — 295, 451 (Epitheliom der Zunge auf dem Boden einer —); vergl. Zunge.
Glottiskrampf 123, 124, 524, 536; exspiratorischer functioneller — 120, 376; alternirender rhythmischer — der Schliesser und Erweiterer 124; — mit Stimmbandlähmung 319; — bei adenoiden Vegetationen 401; — bei Erwachsenen 524; zur Behandlung des — 123, 523.
Glottisödem s. Kehlkopfödem.
Glottisstridor s. Kehlkopfstridor.

Glottisverschluss beim Schluckakt 119.
Grippe s. Influenza.
Guajacol als Anästheticum bei Nasen- und Halsoperationen 84.
Gurgelwässer 62 (bei Tonsillitis).

H.

Haarzunge, schwarze 21 (Histologie der —), 328, 448.
Hals, congenitale Dermoidgeschwülste des — 392.
— Fremdkörper im — 457, 459; Christison's Methode (1819) zur Entfernung eines Angelhakens aus dem — 205.
— Geschwulst des — 281 (angeborene —), 393 (pulsirende —).
— Lymphangiom des — 5, 281.
— Lymphectasien des — 21.
— Phlegmonen des — 5, 143, 144.
— phagedänische Ulcerationen des — 407 (bei hereditärer Lues).
— Syphilis des — 407, 408.
— Tuberculose des — 325.
Hals- u. Nasenkrankheiten, Therapie der — 6, 7; einige Fehlerquellen der modernen Therapie der — 391; der Nutzen des Studiums der — 179; Beziehung der — zur allgemeinen Medicin 280; Prophylaxe der — 346; Reinlichkeit bei — 441.
Halscysten 5, 144 (angeborene seröse —), 145, 281.
Halsdrüsen, Lage und Zahl der — 280; vergrösserte — 280; Entzündungen der — ohne Narbe heilend 280; eiternde Entzündung der — 358; s. Submaxillardrüsen etc.
Halsfisteln 5, 145.
Halsverletzungen u. Halswunden s. Kehlkopfwunden, Selbstmordverletzungen etc.
Halswirbelsäule, nasale Verstopfung bei übertriebenem Hervorragen der — 444.
Hasenscharte 511.
Heiserkeit bei Sängern und Rednern 197, 536; chronische — bei Kindern 414; functionelle — 433; Sprechübungen gegen — 37, 174.
Herpes zoster palati duplex 112.
Herzbewegungen, Einfluss d. Reizung der Nasenschleimhaut auf die — 57.
Herzcomplicationen bei Diphtherie 239.
Herzklappenfehler, krankhafte Veränderungen in den oberen Luftwegen bei — 224.
Herznerven und Schilddrüse 77, 78.
Herznervenzellen bei diphtheritischer Herzlähmung 367.
Heufieber 55; Behandlung des — mit Orthoform 55.
Highmorshöhle, Beitrag zur pathol. Histologie der — 355; Skiagramm einer Silbercanüle in der — 432; Stirnhöhlenempyem mit Ableitung in die — 353; Fractur und Depression der vorderen Wand der — 535.
— Cyste der — 355, 356.
— Empyem der — 151, 329, 355; traumatisches — 267; latentes — 356; chronisches — 151; — bei Rachendiphtherie 2; — bei Ludwig XIV. 151; — nach Tamponade der Nase 151; — durch Oberkiefererkrankung vorgetäuscht 189; spontane Heilung eines — 330; die operative Behandlung des — 140, 152, 431; 152 (Obturator für —); 176 (conische Canülen für —).
— Entzündungen der — 16 (Behandlung der —), 355 (seröse —).
— Erleuchtung der — 16 (durch Contact oder retromaxillare Erleuchtung).
— Fibrom der — 356.
— Osteosarcom der — 151.
— Sarcom der — 212 (auf die Muschel übergreifend; Operation).
Husten, der anfallsweise — bei Kindern 119; dysphonischer nervöser — 119; keuchhustenartiger — bei Kindern 440; einige übersehene Ursachen von — 522; extrapulmonärer — 523; — infolge Vergrösserung der Zungentonsille 451, 535; Behandlung des — bei Tuberculose 520.
Hutchinson'sche Zähne 510.
Hydatiden-Erkrankung des Gehirns 101.
Hydrorrhoea nasalis 135; Untersuchung des Secretes bei — 135; Pathogenese der — 346; Orthoform bei — 55.
Hypsistaphylie u. Leptoprosopie 361.
Hysterische Aphonie 198.
— Dysphagie 85.
— Insufficienz der Nase 445.

I.

Ictus laryngis 121, 376, 377, 524.
Immunisirung mit Diphtherieserum 27, 28, 29, 66, 300, 454.
Immunität, passive und active — 365; natürliche — 538.
Influenza 438; — mit nervösen Symptomen 224; Pneumonie bei — 438; — durch Leuchtgas 438; laryngobronchiale Reizung bei — 438; intermittirende Dickdarmentzündung bei — 439; Perityphlitis bei — 439; Nachwirkungen der — 439.
— Behandlung der — 439, 440; bei Kindern 440.
Influenzabacillus 438.
Infundibulum, Leitinstrument für das — 329; verbessertes Drainrohr für das — 330; doppelseitiges Empyem der Stirnhöhle mit nur einem — 353.
Inhalation 517 (laryngeale —); eine neue Form von — 7; — von Salmiak 394.
Inhalationscuren, Indicationen der — 484.
Inhalatoren 394.
Insect in der Nase 286; s. Larven.
Insufflator für den Selbstgebrauch 394.
Instrumente 86, 393.
— für die Nase 110, 111; 136 (zur caustischen Turbinotomie); 140, 393 (Schlingen); 291, 445.
— zur unmittelbaren Besichtigung des Kehlkopfs 118; s. Autoscop.
— für den Kehlkopf 162; 208, 324 (Zangen), 266 (geschützte Curette), 418 (Aetzmittelträger).
— für die Kieferhöhle 152, 176.
Interarytaenoidgeschwülste 141, tuberculöse — 207.
Interthyromaxillaroperation von Retropharyngealtumoren 188; s. Pharyngotomie.
Intracranielle Geschwulst, ein Empyem der Stirnhöhle vortäuschend 353.
Intralaryngeale Einstäubungen bei Laryngitis 30, 517.
Intralaryngeale Luftcyste 175; s. a. Larynx, Tumoren des —.
Intralaryngeale Operation von Kehlkopftumoren 247, 248; s. a. Larynx, Carcinom des — etc.
Intranasale Operationen, Bedeutung der Luftdurchgängigkeit für — 101; Amadou als Tampon für — 445; Anwendung von Gummiröhren nach — 445.
Intratracheale Injection von Creosot-Carbonat 262.
Intubation 74, 75, 76, 195; tamponirende — 74; die — und der Brechact 76; Anwendung der — in der Kinderpraxis 305; recidivirende Kehlkopfstenose nach der — 456.
— bei Croup und Diphtherie 30, 66, 239, 243, 300, 412, 515, 516; in der Privatpraxis 30, 243, 244, 413, 515.
— bei acuter membranöser Laryngitis 159.
— bei syphil. Kehlkopfstenose 372.
— wegen Fremdkörper in den Luftwegen 70.
— nach Tracheotomie 73.
Intubationsröhren s. Tuben.

J.

Jahresbericht der Störk'schen Klinik in Wien 97.
— der Kayser'schen Privatpoliklinik 97.
Jod, Schwellung der Submaxillardrüsen durch — 393.
Jod-Laryngitis 159.
Jodtinctur, Parotitis nach Einpinselung von — 179.
Jodverbindungen bei Actinomycose 345.

K.

Kakke, Kehlkopfödem bei — 160.
Kakosmie 8.
Katalyse s. Electrolyse.
Kataphorese in der zahnärztlichen Praxis 282.
Kehlkopf s. Larynx.
Kehlkopfblutungen im Verlauf einer alkoholischen Cirrhose 30.
Kehlkopfkrampf s. Glottiskrampf.
Kehlkopfkrankheiten, Handatlas der — 301; Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu den — 414; s. Halskrankheiten, Laryngologie etc.
Kehlkopfmuskeln, experimentelle Ausschaltung einzelner — 127; das histologische Verhalten der — in

Bezug auf das Semon'sche Gesetz 129.
Kehlkopfnerven, die respiratorischen und phonatorischen Bündel der — 124; die — und die Fracturen der Thyreoidea 39.
Kehlkopfödem 94; tödtliches — im Verlauf einer antisyphilitischen Cur 159; — bei Kakke 160; — bei entzündlichen Zuständen der oberen Luftwege 518, 538; — während der Narkose 518.
— angioneurotisches — 371.
— circumscriptes — 49, 210 (der Aryknorpel).
— einseitiges — 371 (im Climacterium).
Kehlkopfphantom, Modification des Baratoux'schen electrischen — 209.
Kelkopfschwindel 121, 376, 377, 524.
Kehlkopfspiegel, einfaches Mittel zur Verhütung des Beschlagens der — 7; das Auskochen der — 180, 181; ein sterilisirbarer — 181.
Kehlkopfstridor 524; — und adenoide Vegetationen 5; der sogen. typische inspiratorische — der Säuglinge 122; über congenitalen — 123; — und Nasenverstopfung 210; Ursache des — 376.
Kehlkopfwunden 3, 4, 68, 301, 302; die durch Kriegswaffen erzeugten — 68: unmittelbare Behandlung d. — 68.
Keilbeinhöhle, sichtbare Mündung der — 389; Empyem der — 478.
Keuchhusten 440 (bei Influenza), 523; Frühdiagnose des — 536; Lähmungen bei — 120.
— Behandlung des — 121, 376 (vom Ohr aus), 523.
— Coupirung des — durch Herabdrücken der Zunge 523.
Kiefer s. a. Ober- und Unterkiefer.
— Carcinom des — 17.
— Hyperostose des — 433 (mit Nasenstenose).
— Phosphornekrose des — 509.
— Resection des — 17, 231: — zur Operation von Tumoren der Schädelbasis 187, 188; s. Nasenrachenpolypen.
Kieferhöhle s. Highmorshöhle.
Kieferklemme, myogene — 18.
Krampfhusten, nächtlicher — mit Erbrechen und Coryza bei kleinen Kindern 56; s. Keuchhusten etc.
Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem chinesisch - japanischen Kriege 3.
Kropf 461; Colloidbildung in — 133; der Blutparasit des — 383; Verlagerung des Kehlkopfes durch — 414; plötzlicher Exitus bei — 461.
— accessorischer retroviseeraler — 133; s. Nebenschilddrüsen.
— angeborener — 78, 164, 310 (geheilt durch Schilddrüsenernährung der Mutter).
— cystischer — 41, 164 (mit Operation), 200, 255.
— dissecirender — 200.
— epidemischer — 384 (Symptomatologie und Behandlung des —).
— maligner — 79 (Knochenmetastasen bei —), 255.
— nodöser — 79 (vom Endothel der Blutgefässe ausgehend).
— retrosternaler — 200 (peritrachealer —).
— syphilitischer — 132.
— Behandlung des — 419, 461; mittelst Electricität 384.
— operative Behandlung des — 201, 255 (Dislocation), 419 (massive Enucleation), 420, 525; Verletzung des Oesophagus bei der — 423; die Resultate der — 255, 420.
Kropfmetastasen 40, 79.

L.

Larven in der Nase 58 (durch Oel vernichtet), 286 (mit Abscessbildung).
Laryngeus superior, Anastomose zwischen — und inferior 377.
Laryngitis (s. a. Chorditis etc.); — mit intralaryngealen Einstäubungen behandelt 30, 517; — der Sänger 197.
— acute — 159 (nach innerem Jodgebrauch) 369, 516.
— catarrhalische — 516.
— chronische — 370.
— desquamative — 160; s. Pachydermia laryngis.
— fibrinosa 48, 390.
— fötide — 370.
— hämorrhagica 160, 214.
— hyperämische — 370 (Behandlung mit Suprarenalextract).
— hypertrophische — 426 (zweifelhafter Natur).

Laryngitis, membranöse — 159 (acute —), 159 (durch Malariaintoxication), 159 (ohne Diphtheriebacillen); bacteriologischer Befund bei — 428, 431.
— rheumatica circumscripta nodosa 158, 518.
— sicca 206.
— tuberculöse — 324, 428; s. a. Larynx, Tuberculose des —.
Laryngocele interna 30, 33.
Laryngologie des Galen 2.
Laryngo-Rhinologie, die Stellung der — bei internationalen Congressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie 217, 269, 333; zur Aufnahme der — in die med. Prüfungsordnung 266; die Entwicklung der — in Holland 497.
Laryngofissur, Modification der — 303.
— bei multiplen Papillomen 48, 522.
— bei einem Kehlkopfpolyp 48.
— bei Larynxtuberculose 162, 323, 327, 375.
— bei Larynxcarcinom 33, 254, 416.
Laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1897 1; kritischer Bericht über die neuere — 51, 391.
Laryngoscopische Diagnose des Geschlechts 414.
Larynx, Drüsen im Stimmband 118; Rolle des — bei Consonanten, Flüsterstimme etc. 34; Zustand des — beim Pfeifen 36; forcirte Untersuchung des — bei Kindern 414; Massage des — 118; diagnostisch zweifelhafte Schwellung im — 204, 426; Verlagerung des — durch Kropf 414.
— Abscess des — 474 (acuter — am Kehlkopfeingang), 518 (postlaryngealer).
— Adenocarcinom des — 416.
— Angiofibrom des — 169.
— Angiom des — 33, 416, 427.
— Blutung des — 30 (bei Cirrhose).
— Carcinom des — 2, 3, 32, 33, 137, 138, 141, 142, 167, 175, 205, 249, 250, 251, 252, 318, 327, 387, 416, 417, 426, 428, 475; — nach Gumma 263; — im Anschluss an Kehlkopftuberculose 313; Sectionspräparat eines 2mal operirten Falles 205; endolaryngeale Operation 33, 251, 253; Thyrotomie 33, 254, 416; halbseitige Exstirpation 138, 251, 253; Laryngectomie 33, 34, 249, 250, 253, 417, 418.
Larynx, Chorea des — 121.
— Cyste im — 175.
— Epidermoid im — 249.
— Epitheliom des —; s. Carcinom des —.
— Fibrome des — 90, 246 (subglottische —), 169, 246 (Histologie der —), 320, 323 (Abtragung bei übermässig zurückgebogener Epiglottis) 416, 427.
— Fibrolipom des — 522.
— Fibromyxom des — 326, 416.
— Fractur des — 302, 457.
Fremdkörper im — 69, 73, 303, 304, 457, 458, 459; Bronchopneumonie durch — 457; Tod durch — 458.
— Gumma des — 263.
— gutartige Geschwülste des — 49 (Operation von), 245, 416; histologische Beiträge zur Lehre von den — 245; zur Frage des Uebergangs der — in maligne 249; (s. a. Larynx, Polypen und Tumor des —, subglottische Tumoren etc.).
— Lepra des — 161, 203, 522.
— Lipom des — 537.
— Lupus des — 90, 162, 425, 430, 520, 521.
— Mycosis des — 519.
— Myxom des 248 (typisches hyalines —).
— Oedem des —; s. Kehlkopfödem.
— Ozaena des — 183, 518.
— Pachydermie des — 30 (zur Entstehung der —), 160, 325.
— Papillome des — 32, 93, 137, 166, 246, 247, 318, 430, 434, 522; Behandlung der — 247, 434; Tracheotomie bei — 32, 247; Laryngofissur bei — 48, 522.
— Paraesthesie des — 123.
— Pemphigus des — 46, 161.
— Perichondritis — 320.
— Polypen des — 46, 48 (durch Laryngofissur entfernt), 248 (endolaryngeal operirt).
— Psorospermosis des — 372.
— rheumatische Affectionen des — 158, 370, 518.
— Sarcom des — 32, 174.
— Schanker des — 519.
— Schilddrüsengeschwülste im — 248.
— Sclerom des — 477 (primäres —); s. a. Rhinosclerom).
— Stenose des — 2, 3, 4, 119, 472; acute — durch Verbrennung mit

einer heissen Kartoffel 455; congenitale — 163, 175; narbige — 304; luetische — 372, 481: — nach Intubation 456; Intubation bei — 372, 456; Dilatation bei — 455; Chloroformnarkose bei — 119.
Larynx, Syphilis des — 263, 372 (hereditäre —), 481, 519; Behandlung der — 372.
— syphilitische Ulceration im — 320.
— Totalexstirpation des — s. Larynx, Carcinom des — (Laryngectomie).
— Tuberculom des 322, 534.
— Tuberculose des — 90, 203, 324, 325, 373, 428, 472, 479, 519; — bei kleinen Kindern 162, 430: — in der Interarytaenoidfalte localisirt 207; geheilte Fälle von — 208, 322; Heilbarkeit der — 374; Infectionswege der — 373; Carcinom im Anschluss an — 313; Frühdiagnose der — 519; Dysphagie bei — 374, 520 (Behandlung der —): der Husten bei — 520 (Behandlung des —); Behandlung der — 162, 374, 375, 479, 520, 534; klimatische 534; in Sanatorien 375, 520, 534: mit Tuberculin 519; galvanokaustische 263; chirurgische 375, 428, 479, 520, 162 (Zange für die —); mittelst Thyrotomie 162, 323, 327, 375; mittelst Laryngectomie 162 (entfernte Wirkungen derselben).
— Tumor des — 32, 172 (am Kehlkopfeingang); Thyrotomie 204, 325, 326 (zweifelhafter —), 206 (sehr ungewöhnlicher —), 248 (cystenförmig degenerirter —).
— Urticaria des — 371, 519 (chronische —).
— Verschluss des — 163 (angeborener membranöser —); s. a. Stenose des —.
Leontiasis ossium 138.
Lepra, der Primäraffect der — 350; — des Kehlkopfs, des Mundes und der Nase 161, 203; — der Lippe 536.
Leprabacillen, Vertheilung der — bei den leprösen Processen des Kehlkopfs 161; Verbreitung der — von den oberen Luftwegen aus 344.
Leptoprosopie, Beziehung der Hypsistaphylie zur — 361.
Leptothrix mycose des Rachens 114.
— der Zunge 294.
Leukoplakia oris bei Psoriasis und anderen Dermatosen 153.
Leukoplakie der Zunge, Behandlung der — 449.
Leucoplasie des Gaumens 112.
Lichttherapie bei Lupus (nach der Methode von Finsen) 6.
Lippen, Flecke auf der Schleimhaut der — bei Masern.
— Elephantiasis der — 213.
— Geschwulst der 17.
— Lepröses Geschwür der — 536.
— Schanker der — 17.
— Syphilis der — 17 (gummöse —), 358; s. Oberlippe und Unterlippe.
Luftwege, obere, die Schleimhäute der — 497; Aspiration pulverförmiger Medicamente in die — 499.
— acute Entzündung d. — s. Angina etc. Blutungen in den — 100.
— Erkrankungen der — 99 (nach Aethernarkose), 224 (bei Herzfehlern): Zusammenhang der — mit Allgemeinkrankheiten 100, 498, 538. Glottisödem bei entzündlichen — 518, 538.
— Fremdkörper in den 69, 70, 71, 72, 73, 303, 459, 498. s. a. Fremdkörper unter Larynx, Trachea etc.
— gichtische Affectionen der — 498.
— luetischer Primäraffect in den — 99, 394.
— Pemphigus der 46, 344.
— pseudomembranöse Affectionen der — 99.
— Sclerom der — 415, 477 (s. auch Rhinosclerom).
— Stenose der 69, 172 (aus eigenartiger Ursache) 172.
— Syphilis der — 498.
— tuberculöse Ulcerationen in den — 512.
Lupus, der Primäraffect des — 350; — mit concentrirten Lichtstrahlen behandelt 6.
— mit Oxygen - behandelten Coccenculturen behandelt 326.
— behandelt mittelst Radicalexstirpation und nachfolgender Transplantation 357.

M.

Macroglossie 21.
Malaria-Laryngitis 159.
Mandelbucht u. Gaumenmandel, entwicklungsgeschichtliche etc. Untersuchungen über — 60, 139.

Masern, ein neues diagnostisches Zeichen bei — 405.
Massage des Kehlkopfs 118. s. Vibrationsmassage.
Maul- u. Klauenseuche, Bericht der Commission zur Erforschung der — 19.
Maulsperrer nebst Kehldeckelhalter 118.
Melanoplakie der Mundschleimhaut und die Diagnose auf Addison'sche Krankheit 293.
Membran zwischen den Stimmbändern 163 (mit Colobom des l. oberen Augenlids), 387.
Menière'sche Krankheit 175.
Meningococcus intracellularis in der gesunden Nasenhöhle 101.
Menstruatio vicaria unter der Form einer Blutung nach Zahnextraction 13.
Menthol-Jodol in Nase und Hals 282.
Miliartuberculose der Haut und der angrenzenden Schleimhäute 344.
Milzbrand beim Menschen 101.
Miscellanea rhinologica 180.
Mittelohrentzündung bei Schulkindern etc. Niesen, Husten etc. in ihrer Bedeutung für die — 59.
Mumps s. Parotitis.
Mundathmung und ihre Folgen 437; die Beseitigung der — 286; Wichtigkeit der Erkrankung und Behandlung der — in öffentlichen Schulen 437.
Mundboden, Dermoide des — 20.
— Krebs des — 293.
— Lymphectasien des — 21.
Mundhöhle, bactericide Kraft der — 403; chemische Vorgänge in der — nach der Nahrungsaufnahme 293; Acidität der — im Schlafe 403; seltene Localisation des syphilitischen Primäraffectes in der — 19; primäre Tuberculose der — 171; Pemphigus der — 46; phlegmonöse Ulceration der — 405 (mit Antistreptococcenserum behandelt).
Mundhöhlenschleimhaut, Sensibilität der — 404; Flecke auf der — bei Masern 405; Melanoplakie der — 293. 405; Warzen der — 293.
Myxoedem 80; adenoide Vegetationen und — 103.

N.

Näseln 37; Entstehung des — 37.
Nase, Bacterien der gesunden — 86, 101; Verhalten der Dimensionen der — bei den verschiedenen Formen des Gesichtsschädels 266; Täuschungsmöglichkeit bei der Untersuchung der Luftdurchgängigkeit der — 101; Abschälen des Gesichts behufs Zugang zu der — 396; Luxation des Auges durch Blasen durch die — 398; Sehen durch die — 394; Toilette der — 441; Plastik der — 48 (knöcherne —), 54 s. a. rhinoplastische Operationen; Beziehung der — zu Hautkrankheiten 350, s. a. Nasenkrankheiten.
— Acne der — 54, 350.
— Adenocarcinom der — 90, 232, 395.
— Adenom der — s. Nasenpolypen.
— Angiom der — 230, 395.
— Angiosarcom der — 231.
— Blutungen der — s. Nasenbluten.
— Carcinom der — 232 (combinirt mit Sarcom) 396, 434.
— Cysten am Boden der — 168.
— Deformitäten der — 54, 266, 285, 443, 500 (s. a. Nasenscheidenwand und rhinoplastische Operationen).
— Elephantiasis der — 226.
— Epitheliom der — 232, 396 (mit Aetzlauge behandelt), 434.
— Fibroangiom der — 395.
— Fibrom der — 508.
— Fibrosarcom der — 87.
— Fractur der — 289, 535 (Behandlung der —).
— Fremdkörper der — 58, 286, 287 (bei Kindern); Larven in der Nase 58 (mit Oel behandelt); invertirter Zahn 174; Coryza caseosa durch — 185; Abscess in Folge von — 286; Behandlung der — 287; Extraction von — 286 (pneumatisches Verfahren zur —), 287.
— Hygiene der — 226.
— Insufficienz der 445 — (hysterische —).
— Lepra der — 13, 350.
— Lupus der — 12 (durch Tuberculin geheilt), 91, 350. 508; Operationsresultate bei — 508.
— Maligne Erkrankung der — 434 (s. a. Carcinom).

Nase, Missbildungen der — 59 (s. a. Deformitäten der —).
— Papillom der — 395.
— Pemphigus der — 46.
— Osteom der — 474 (gestieltes —).
— Osteosarcom der — 151.
— Rotzkrankheit der — 350.
— Sarcom der — 2, 89 (anscheinendes —), 212, 231, 232 (combinirt mit Carcinom), 426.
— Stenose der — s. Verstopfung der —.
— Syphilis der — 12, 185 (Salbe für die — beim Neugeborenen), 349 (tertiäre —).
— syphilitische Gummata der — 508 (Frühdiagnose der —).
— Syphilome (syphil. Granulome) der — 185.
— Tuberculom der — 173.
— Tuberculose der — 350.
— Tumor der — 87, 230 (mit Myeloplaques), 427 (diagnostisch zweifelhafter —).
— Verstopfung der — 283, 285, 444, 445; congenitale — 444; intermittirende — 285; hysterische — 445; adhäsive — 444; — nach Scharlach 444; — adenoide Vegetationen vortäuschend 102; — durch knöchernen Verschluss der Choane 285; — durch traumatische Verbiegung des Septums 285; — durch seit 10 Jahren displacirte linke mittlere Muschel 441; — durch Hyperostose des Kiefers und anderer Knochen 433; durch hervorstehende Halswirbel 444; epileptoide Anfälle in Folge von — 57; Kehlkopfstridor bei — 210; Bronchitis bei — 285; Gesichtsausschläge in Folge von — 502, 503; Verbildung des Oberkiefers, der Zähne und des Gaumens in Folge von — 328; Einfluss der — auf Wachsthum und Entwicklung 327; Beziehung der — zu Ohrenkrankheiten 59, 102; Behandlung der — 472; operative Behandlung d. — 443.
Nasenbad 290, 441.
Nasenbluten 13, 14, 186, 351; tödtliches — 186; recidivirendes — 186; Behandlung des — 187, 351; mit Gelatineserum 14, 187; mit Citronensaft 14; mit Bernay-Schwamm 534.
Nasenboden, Pathologie und Behandlung der Geschwüre am — 442.
Nasencatarrh s. Coryza und Rhinitis.
Naseneingang, die Plica des — 171, 175; Furunkel des — 171 (Sepsis nach —).
Naseneiterung s. Rhinitis, eitrige etc.
Nasenepilepsie 95; s. epileptoide Anfälle.
Nasenflügel, das Ansaugen der — 171, 175.
— Fibrom des — 96.
Nasenkrankheiten 283; zur Aetiologie der — 264; Prophylaxe der — 346; Beziehungen zwischen Augenaffectionen und — 46, 59, 102, 149, 351; Zusammenhang zwischen Ohrenleiden und — 59, 102; Beziehungen der — zur Psychiatrie 102; Beziehungen der — zu Hautkrankheiten 350.
Nasenmuscheln, neue Methode zur dauernden Beseitigung gewisser Schwellungen der — 89, 148; zur Chirurgie der mittleren und unteren — 147; die Resection der unteren — 266; Necrose und Ausstossung d. unteren — nach Fractur 289; Stirnhöhlenempyem nach Aetzung der — 353; Cyste der mittleren — 388; cystische Degeneration der mittleren — 394; displacirte mittlere — 441.
— Hypertrophie der — 148; Einfluss der auf den Rachen 442; Behandlung der — 148, 443; 148 (submucöse —).
Nasennebenhöhlen, zur Anatomie der — 148; Wandkarten der Erkrankungen der — 430.
— Empyem der — 356 (das latente).
— Entzündungen der — 149, 351, 352, 538; Diagnose der — 352; orbitale Symptome bei — 149, 351; Radicaloperation bei chronischen — 171, 265, 355.
— tertiäre Syphilis der — 357.
Nasenpolypen 59, 90, 174 (choanaler —) 228, 229, 230, 326, 395, 472, 474; hyaline Körperchen in den — 229; Pseudophthisis durch — 326.
— Aetiologie und Pathologie der — 228.
— Diagnose und Radicalbehandlung der — 230.
— fibromucöse — 474.

Nasenpolypen, maligne — 231.
— papilläre ödematöse — 90, 230 (ihre Beziehung zum Adenom).
Nasenrachencatarrh, chronischer — 59, 187.
Nasenrachendouchen 291.
Nasenrachenpolypen 59, 60, 172, 188, 472; fibröse — 187, 400.
— Operation der — 187, 188, 267 (unblutige —), 399, 400.
Nasenrachenraum, Diaphragma des — 472; Strabismus geheilt durch Curettement des — 187, 400; vergl. adenoide Vegetationen.
— Cyste des — 430.
— Fibrintumor im — 347 (bei Rhinitis pseudomembranacea).
— Fibrom des — 60, 187.
— Fibrosarcom des — 188.
— maligne Geschwulst des — 60.
— Papillom des — 205.
— Primäraffect im — 398.
— Sarcom des — 187, 395 (geheiltes —).
— Syphilis des — 364, 398.
Nasenscheidewand, Abscess der — 286 (durch eine Insectenlarve) 442.
— Adenom der — 147.
— Destruction der — 146 (ohne Deformation der Nase).
— Deviationen der — 45, 146, 147, 266, 285, 443; Operationen bei — 146, 147, 266, 285, 324, 443, 508.
— Dislocation der knorpligen — 324.
— erectile Geschwülste der — 326.
— Ersatz der — 146 (durch eine Knochenplatte).
— Papillom der — 147, 210, 443.
— Perforation der — 442 (nach Typhus).
— Perichondritis der — 442 (chronische —).
— Polypen der — 147; blutende — 213, 328.
— Resection der — 46.
— Sarcom der — 508.
— Spinen der — 45.
— syphilitischer Schanker der — 349.
— tuberculöses Geschwür der — 322.
— Ulcerationen der — 442 (Pathologie und Therapie der —).
Nasenschleim, bactericide Eigenschaften des — 86, 538.
Nasenschleimhaut, Einfluss der Reizung der — auf die Bewegungen des Herzens 57; Vergleich des erectilen Gewebes in der — beim Stiere und Ochsen 500.
Nasenspitze, Anheilung einer abgeschnittenen — 502.
Nasenspülung 290, 291, 441.
Nasensteine 58, 286, 398, 474.
Nebennierenextract, Anwendung des — in den oberen Luftwegen 539.
— bei Basedow'scher Krankheit 165.
— bei hyperämischer Laryngitis 370.
Nebenschilddrüsen 39, s. Schilddrüse, accessorische).
Neuralgie behandelt durch Injection von Osmiumsäure 100.
— des Trigeminus geheilt durch die Turbinotomie 136; Behandlung der — 346.
Niesen, paroxysmales 427.
Noma 510.

O.

Oberkiefer, Fibrom des 509.
— Osteoma internum sarcomatosum des — 18.
— Osteomyelitis des — 189 (acute — Highmorshöhlenempyem vortäuschend).
— Osteoperiostitis des — 151 (— und Phlegmone der Orbita beim Neugeborenen).
— Resection des — s. unter Kiefer.
— Tuberculose des — 189 (bei kleinen Kindern Kieferhöhlenempyem vortäuschend); vergl. auch Kiefer- und Unterkiefer.
Oberlippe, syphilitischer Schanker der — 192.
Oesophagismus 527.
Oesophagus, Epithel und Drüsen des — 41; Nekrose der Schleimhaut des — 202; digitale Exploration des — 81; Priorität der Sondirung des — mittelst Spiralsonden 82; Krampf des — beim Stottern 199; Eröffnung eines Brustaneurysma in den — 423; tödtliche Blutung aus dem — 463; Behandlungsmethoden bei Erkrankungen des — 529.
— Dilatation des — 134 (diffuse —) 528 (spindelförmige), 528 (diffuse idiopathische).
— Epitheliom des — 135.
— Fremdkörper im — 82, 83, 134, 165, 202, 257, 312, 422, 423, 463.

Oesophagus, Geschwulst des — 135, 321, 424.
— Hypertrophie des — 257 (idiopathische —).
— Resection des — 83; s. Oesophaguscarcinom.
— Verätzung des — 41 (mit Aetzlauge), 166, 257.
— Verletzung des — 423 (bei Kropfoperationen).
— Verstopfung des — 165.
Oesophaguscarcinom 42 (auf Trachea und V. subclavia übergreifend), 83 (mit Perforation der Trachea und der r. Art. subclavia), 135, 166 (latentes —), 202 (nach früherem Nierenkrebs), 318, 427 (mit Stimmbandlähmung); Exstirpation von — 34, 166; Gastrotomie bei — 258.
Oesophagusdivertikel 429, 528; zur Diagnostik des — 41, 135; Erkennung d. tiefen — 422, 528; zur Pathologie des — 257; Pyämie nach Perforation eines — 528.
Oesophagussonden 82 (Spiralsonden); Necrose des Ringknorpels durch Liegen von — 456.
Oesophagusstrictur 202, 463; Behandlung der Schmerzen bei — 529.
— durch Druck eines Aneurysma 423.
— durch Verätzung 41, 166, 257.
— carcinomatöse — 2.
— impermeable — 166 (durch Verätzung).
— spastische — 83.
— syphilitische — 41 (Behandlung mit der Jaboulay'schen Sonde); vergl. a. Gastrotomie.
Oesophagoskopie 81, 82, 462.
Oesophagotomie, Blutungen nach der — 307.
— wegen Fremdkörper 82, 134, 202, 312 (intra-mediastinale —), 422, 423, 463.
Olfactorius, Verhalten der Riechschleimhaut nach Durchschneidung des N. — 7.
Optotechnik, rhinologische — 291.
Orbitalabscess 46 (bei Siebbeinzellenempyem), 151 (bei einem Neugeborenen).
Orbitale Symptome bei Nasennebenhöhlenentzündung 149, 351.
Oroscopie 402; s. Mundhöhle.
Orthoform in der Laryngologie und Stomatologie 53, 180.
— als schmerzstillendes Mittel 53.
— bei Heufieber 55.
Osmiumsäure-Injectionen gegen Neuralgie 100.
Ozaena 10, 88, 182, 183, 184, 206, 347, 507; laryngo-tracheale Complicationen bei — 183, 518; — nach Abtragung der unteren Muscheln 204.
— Aetiologie der — 182, 348 (Chomaeprosopie).
— Behandlung der — 10, 11, 89, 183, 348, 507; mit Serum 10, 183, 184; mit alkalischen Mitteln 11; mit Kreosot 11, 507; mit Formaldehyd 11, 507; mit Quecksilber 183; mit Jod 183, 507; mit Citronensäure 507; mit Aristol 507; mittelst Tamponade 11; mittelst Electrolyse 11, 174, 348, 349, 507.

P.

Pachydermia laryngis 30, 160, 325, 430.
Parasigmatismus lateralis 198.
Parathyroid-Function 39, 200.
Parosmie, subjective — 227, 501.
Parotis, Angiom der — 51.
— Fistel der — 176.
— Geschwülste der — 51.
— Mischgeschwülste der — 392.
— Tuberculose der — 180, 392.
Parotitis 392; doppelseitige — nach Einpinselung von Jodtinctur 179.
— epidemische — 179 (letaler Fall von —) 392.
— recidivirende — 167 (bei einem gesunden Kinde).
— traumatische — 51.
Pemphigus vulgaris der Nase, des Rachens, Kehlkopfs etc. 46, 344.
Peritonsillärer Abscess, Diagnose und Therapie des — 63.
Peritonsillitis 63, 191; Ursache u. Behandlung der — 191.
Pfeifen, Zustand des Kehlkopfs beim — 36.
Pharyngitis, acute — 361.
— chronische — 114 (Beziehung der — zur Syphilis) 209, 362.
— folliculäre — 362.
— rheumatische — 114.
— sicca 206, 362.

Pharyngotomia 188.
— subhyoidea 321.
— transhyoidea 22. 298.
Pharynx s. Rachen.
Phlegmone glosso-epiglottica 294, 361, 407.
Phonationscentren, zur Pathologie der — 125.
Phonetik, experimentelle — 173.
Phosphornekrose, Aschenanalyse eines Knochens bei — 509.
Plastische Operationen an Oesophagus, Pharynx und Larynx 92.
— an der Nase s. rhinoplastische Operationen.
Plica vestibuli 171, 175.
Pneumococcen, die constante Anwesenheit von — auf der Oberfläche der Mandeln 61.
Polyphonist, actinoscopische Untersuchung eines — 91.
Posticuslähmung, zur Lehre von der — 93, 126, 127, 128, 129, 328, 388; — bei Syringomyelie 126; — bei Tabes 379; — bei Mediastinaltumor 379; doppelseitige — ohne ersichtliche Ursache 204; doppelseitige — vorgetäuscht durch syphilitische Processe mit Fixation der Stimmbänder 318; postdiphtheritische — 326.
Postlaryngeale Eiterung 518.
Praehyoidealer Schleimbeutel 215.
Prosopalgie, dentaler Ursprung der — 19.
Pseudocroup 123; die Aetiologie des — 103 (adenoide Vegetationen).
Pseudodiphtheriebacillen 24; Vorkommen der — beim gewöhnlichen Schnupfen der Kinder 156.
Pseudorhinolith 474.

Q.

Quecksilber, Nebenwirkungen des — 404, 405.

R.

R-Register 35.
Rachen, Gipsmodelle des — 388; die Bewegungen des — 114, 389; Krampf des — 123, 138, 199 (bei Stottern); Einfluss der Muschelhypertrophie auf den — 442; abnormer Arterienverlauf im — 175.
Rachen, Entzündung des — s. Pharyngitis.
— Gangrän des — 363 (primäre —).
— Gefässtumoren des — 395.
— Leptothrixmycose des — 114.
— Mycose des — 319, 326.
— Naevus vascularis des — 364.
— Pemphigus des — 46.
— Polyp des — 114 (behaarter —).
— Resection des — 155.
— Syphilis des — 372, 407 (hereditäre —), 408.
— Tuberculose des — 472.
Rachenmandel s. adenoide Vegetationen.
Rachenwand, hintere, Plaques muqueuses der — 114.
— Adhäsion des weichen Gaumens an der — 205, 207 (Operation wegen —).
Rachenwölbung, Exostose der — 15 (mit Adenoiden mitentfernt).
Recurrens, Frühsymptome des Drucks auf den — 125; Anastomose des — mit dem N. laryngeus superior 377.
Recurrenslähmung 378, 388; — nach Masern 126, 378; — bei einem Kind von 5 Jahren 213; experimentelle — 129; einseitige — 138 (totale); doppelseitige — 94, 126.
Redner, Heiserkeit bei — 197; s. Heiserkeit, Sprechübungen etc.
Reflexhusten 522, 523; s. Husten etc.
Reflexneurosen, nasale 56, 173 (Beitrag zur Aetiologie —), 95, 173, 397; die Bedeutung der Harnsäure bei den — 397; s. Asthma, Enuresis, Epilepsie etc.
Regio submaxillaris, Phlegmone der — 144.
Regio suprahyoidea, Phlegmone der — dentalen Ursprungs 143.
Resonanten, die dominirenden Töne der — 35.
Resonator, der harte Gaumen als — beim Singen 36.
Retrolaryngeale Eiterung 518.
Retromaxilläre Erleuchtung 16.
Retropharyngealabscess 364 (nach Entzündung von Adenoiden).
Retropharyngealtumoren s. Nasenrachenpolypen.
Rheumatische Erkrankungen des Kehlkopfs, Rachens und der Nase 114, 158, 370, 498, 518.
Rhinitis 182.
— acute — s. Coryza.

Rhinitis, äusserliche — 181 (durch Diphtheriebacillen).
— atrophische — s. Ozaena.
— caseosa 10, 185, 506.
— chronische — 347, 505.
— eitrige — 184, 504, 506.
— fibrinöse — 9, 184, 347, 506; Histologie der — 10; Bacteriologie der — 10, 184, 368, 506.
— gonococcische — 505.
— hypertrophische — 11, 505 (— bei weiblichen Patienten in den Pubertätsjahren und Missbrauch der Cauterisation bei Behandlung derselben).
— käsige — 10, 185, 506.
— membranöse — s. fibrinöse.
— polymorphe — 347.
— polypöse — 11 (Behandlung der —).
— pseudomembranöse — 347 (mit Fibrintumor im Nasenrachen) 506; s. Rhinitis fibrinosa.
— sicca 206; s. Ozaena.
— streptococcische — 9 (als Ursache von Asthma).
— syphilitische — 346 (bei Brustkindern).
— vasomotorische — 55 (Orthoform bei —).
Rhinophyma, Beitrag zur Kenntniss des — 226.
Rhinoplastische Operationen 48, 54, 55, 146, 226, 227, 266, 285, 443, 501, 502; Einfügen einer Prothese 226; Implantation eines Nasenknochens 227.
Rhinosclerom 230, 231, 326, 395, 415, 430, 477, 485; Heilung von — im Verlauf von Typhus 231.
Riechen, Tast- und Geschmacksempfindungen beim — 227.
Riechlösung, chemisch reine — nach Zwaardemaker 8.
Riechschleimhaut, Verhalten der — nach Durchschneidung des N. olfactorius 7.
Röntgenstrahlen, diagnostische Verwerthung der — 2, 6, 146; Verwendung der — in der Laryngologie 6, 91, 94, 145, 146, 173, 289, 418, 432, 500; in der Rhinochirurgie 289; Anwendung der — für die Physiologie des Gesanges 36; Localisation von Fremdkörpern durch — 134, 423, 432; Diagnostik des Aortenaneurysma mittelst — 145, 146, 388; Beziehung der Trachea und Bronchien zu den Thoraxwänden durch — festgestellt 418; anatomisch-klinische Untersuchung des Athemapparats mittelst — 500.
Rotzinfection, chronische — 350.

S.

Sänger, die Heiserkeit der — 197, 536; knötchenförmige Schleimanhäufung an den Stimmbändern bei — 318; s. Stimme, Sprechübungen etc.
Sängerknötchen, die Heilung der — 31; zur Histologie der — 245; beginnende — 318.
Sattelnase, Ersatz der Nasenscheidewand durch eine Knochenplatte bei — 146.
Scharlach, der Scarlatina-Streptococcus in Culturen aus dem Halse von — 406; Diphtheriebacillen bei — 181, 409; Nasenstenose nach — 444.
Schilddrüse 77, 130; Innervation der 38; Function der — 39, 77, 131, 382; Einfluss der — auf den Stoffwechsel 40, 382; auf das Wachsthum 77; auf das Herz 77, 78; auf den Genitalapparat 78, 309; die — als entgiftendes Organ 131; Verhalten der — beim Icterus 78; congenitaler Defect der — 40; Einfluss des Formols auf die — 254; experimentelle Infection der — 383.
— accessorische — 174, 452 (an der Zungenbasis), 255 (Cyste in einer —).
— Abscess der — 132.
— Blutgefässendotheliome der — 79.
— Congestion der — 131 (bei jungen Leuten).
— Cyste der — 200, 255.
— Entzündung der — 309 (primäre chronische cancroforme —), 482 (syphilitische —); Cretinismus nach — 257; s. a. Strumitis.
— Epitheliom der — 79.
— Sclerose der — 309 (bei Tuberculösen).
— syphilitische Erkrankungen der — 482.
Schilddrüsenchlorose 200, 256.
Schilddrüsenpräparate s. Thyroidpräparate.
Schilddrüsenfrage, experimentelle Beiträge zur — 40.

Schilddrüsengeschwülste im Innern des Kehlkopfs und der Luftröhre 248.
Schilddrüsentherapie s. Thyroidtherapie.
Schildknorpel, fluctuirende Geschwulst über dem linken Flügel des — 204.
Schleich'sche Anästhesie bei Nasen- und Halsoperationen 536.
Schleimfärbungen 228.
Schluckakt, Verschluss der Glottis beim — 119.
Schnupfen s. Coryza.
Schussverletzungen der oberen Luftwege 3.
Schutzbrille gegen Anhusten 174.
Schwarze Zunge 21, 328, 448.
Scrophulose, Behandlung der — 104.
Sehen durch die Nase 394.
Selbstmordverletzungen 3, 4, 68, 301, 302.
Serotherapeutische Untersuchungen über die Tuberculose 145.
Serumtherapie bei Ozaena 10, 183, 184.
Siebbeinzellen, Anomalie der — 148.
— Empyem der — 46 (mit Orbitalabscess), 326, 478; chirurgische Behandlung des — 150, 473.
— Geschwulst der — 150.
Sigmatische Dyslalie 319.
Sigmatismus nasalis 37.
Singen 36; Bedeutung der Form des harten Gaumens als Resonator beim — 36; Stellung des Kehlkopfs beim — 380; Untersuchungen über die Physiologie des — mittelst der X-Strahlen 36.
Singstimme, ärztliche Behandlung von Störungen der — 197.
Siphons, medicamentöse — zur Behandlung von Rachen- und Kehlkopfkrankheiten 7.
Sonnenstrahlen, Aetzung durch — 170; s. Lichttherapie.
Soorpilz, specifische Charaktere des — 225.
Spasmus glottidis s. Glottiskrampf.
Speicheldrüse, die Arbeit der — 16, 403; zur Innervation der — 291.
Speichelfisteln des Stenon'schen Ganges 153.
Speichelsteine 153; zur Pathogenese der — 292.
Sprache, die todte — der Adenoidkranken 35; Psychologie und Philosophie der — 195; die — der Taubstummen 199; Pathologie der — 380.
Sprachgebrechen 196; die Häufigkeit der — 38; die — bei der Cerebrallähmung der Kinder 196.
Sprechen 36; chronischer Larynxcatarrh infolge von verkehrtem — 37, 381.
Sprechübungen zur Behandlung von chronischem Larynxcatarrh 37; — bei Heiserkeit und Halsschmerzen 174, 381.
Stenon'scher Gang, Fistel des — 153; Transplantation des — 153.
Stimmbänder, die Drüsen der wahren — 118; mechanische Fixation der — 204, 318; Fall von Stillstand eines — 94, 137, 140; Verdoppelung der — 301; Tensorenkrampf der — 524, 536 (s. Glottiskrampf); submucöse Blutung der — 85, 415.
Stimmbandlähmung, alkoholischen Ursprungs 125.
— bei Hemiplegie und Aphasie 125, 378.
— mit epileptiformen Anfällen 319.
— mit Tachycardie und Symptomen eines Mediastinaltumors 379.
— bei Oesophaguscarcinom 427; s. Posticuslähmung, Recurrenslähmung etc.
Stimmbandparese 321, 427 (bei Fibrom in der vorderen Commissur), 433, 434.
Stimme 34, 35; die Höhe der menschlichen — 196; gegen Rauhigkeit der — 37.
Stimmwechsel, verzögerter — infolge nicht erkannter Fähigkeit des Gebrauchs der tiefen Stimme 196.
Stirn, syphilitische Periostitis der — 208; Osteom der — 357.
Stirnhöhle, mikroskopische Präparate vom Gewebe der — 210; zur Anatomie der — 265.
— Empyem der — 87, 150, 329, 354, 429, 478, 538; acutes — 352; latentes — 356; — mit Streptococcenbefund nach Erysipel 149; mit Gehirnabscess 149; — mit orbitalen Symptomen 149, 351; — mit Usur der ganzen Vorderwand 352; doppelseitiges — mit nur einem Infundibulum 353; — nach galvanokaustischer Aetzung der unteren Muschel 353; — mit Ableitung in die Kieferhöhle

353; — vorgetäuscht durch intracranielle Geschwulst 353; Radicaloperation bei — 136, 150, 209, 265, 354.
Stirnhöhle, Erkrankung der — 320.
— Exostose der — 207.
— Fisteln der 353.
— Osteom der — 353.
— Pneumatocele der — 150, 176, 474.
— Sarcom der — 15.
Stoffwechsel, Einfluss der Schilddrüse auf den — 40.
Stomatitis 447; — bei Schwangeren 20; — der Raucher 404; — nach Antipyrin 152; herpesähnliche — 152.
— diphtheroide — 292 (die sogen. —).
— membranöse — 154 (mit Staphylococcen).
— parenchymatöse — 447.
— ulcerosa 19 (bacteriologischer Befund bei —), 292, 404 (neue Behandlungsmethode der —) 404.
— durch Quecksilber 404, 405, 511 (Betheiligung des weichen Gaumens an der —).
Stottern 38; — complicirt mit Krampf des Pharynx und Oesophagus 199; das — vom Standpunkt der militärischen Dienstpflicht 380; hysterisches — 38; 380.
— Aetiologie des — 381.
— Behandlung des — 38.
Streptococcen, Wirkung der — und ihrer Toxine auf die Lungen 499.
Streptococcenserum bei Rhinitis u. Asthma 9.
Struma s. Kropf.
Struma cystica ossea mit Fistelbildung 41.
Strumitis, zur Aetiologie der — 254; s. Schilddrüse, Entzündung der —.
Subglottischer Tumor 90, 246; (durch Tracheotomie und Curettement entfernt), 138 (carcinomatöser —).
Subglottische Schwellung 321.
Submaxillardrüsen, Schwellung der — durch Jod 393.
— Cylindrome der — 144.
— Geschwülste der — 5, 144 (entzündliche —).
Submaxillare und submentale Lymphdrüsen, Lage und Zahl der — 280.
Submaxillargegend, pulsirender Tumor der — 393.
Suprarenalextract s. Nebennierenextract.
Sycosis subnasalis und Ausschnupfen 53.
Sympathicusresection 79, 133, 201, 256, 310, 311, 386, 421, 422, 462; definitive Resultate der — 133.
Syringomyelie, Kehlkopfstörungen bei — 126, 432.

T.

Tabes, Kehlkopflähmungen bei — 379.
Tachycardie bei Tuberculösen 345.
Tamponade der Nase, Kieferhöhlenempyem nach — 151; s. Nasenbluten.
Tamponcanüle, acute Dyspnoe hervorgerufen durch die — 121.
Taubstumme, wie die — sprechen 199.
Taubstummheit 106.
Therapeutische Mittheilungen 282.
Thymus, vicariirende Vergrösserung der — bei rudimentärer Milzanlage 5, 225; Fall von Hypertrophie der — 345.
Thymustod 345; Epikrise eines Falles von nicht ganz plötzlichem — 5 225.
Thyreofissur wegen Wucherung am Kehlkopfeingang 32.
Thyroidismus 461.
Thyroidchlorose 200.
Thyroidfieber 255.
Thyroidpräparate 382; Einfluss der — auf den N-Stoffwechsel bei corpulenten Leuten 382; Einfluss der — auf das Blut 460.
Thyroidtherapie 40, 78, 382, 461; Gefahren der — 461; — und Genitalfunctionen 78; — bei der Mutter wegen Kropf des neugeborenen Kindes 78.
— bei Basedow'scher Krankheit 310, 386.
— bei Cretinismus 80.
— bei Fettsucht 382.
— bei Myxoedem 80.
Thyrotomie s. Laryngofissur.
Tonische Krämpfe des Gesichts etc. mit Glottiskrampf 124.

Tonsille, entwicklungsgeschichtliche etc. Untersuchungen über d. — 60; d. Verhalten der — gegen aufgeblasene pulverförmige Substanzen 61; Vorkommen knorpliger und knöcherner Knötchen in der — 61, 359; constante Anwesenheit von Pneumococcen auf der Oberfläche der — 61; der subpharyngeale Knorpel der — 137; Bedeutung der — im Organismus 190; interne Secretion der — 190; Epithelperlen in der — 190; die — als Eingangspforte für Infectionen 359; zur pathologischen Anatomie der — 62, 95.

— Abscesse der — 2 (bei Diphtherie), 63 (die Eröffnung der —), 359 (encystirter chronischer —), 360, (chronische —).

— Angiom der — 192.

— Carcinom der — 64 (zur Technik der Operation des —), 167 (bei einem Syphilitiker), 169.

— chronische Affectionen der — 86 (zur Behandlung der —).

— cystische Degeneration der — 472.

— Epitheliom der — 472 (gutartiges —); s. a. Carcinom der —.

— Exstirpation der — 64; s. Tonsillotomie.

— Gumma der — 63 (isolirtes —) 192.

— Hypertrophie der — 208 (recidivirende — nach der Tonsillotomie), 430 (Präparate von —).

— Lipom der — 64.

— Papillom der — 139, 174, 319, 434.

— Syphilis der — 192.

— tertiäres Ulcus der — 192 (Sarcom vortäuschend).

— Tuberculose der — 63, 64 (latente —), 103 (bei sonst gesunden Personen).

— Tumor der — 360.

— Ulceration der — 432.

Tonsillitis 191; Angina pectoris nach — 62; Oedem der Epiglottis nach — 94.

— acute, nicht diphtheritische — 190; s. Angina.

— encystirte lacunäre — 62 (complicirt mit Ulceration).

— folliculäre — 62 (Gurgelwasser für —), 191.

— lacunäre — 190 (eine häufige Ursache der —).

Tonsillotom 87.

Tonsillotomie, Mandelschwellung nach der — 208.

Torticollis 69 (durch Fremdkörper im Larynx).

— spasmodica 281 (Resection des Spinalis bei —).

Toxine, Uebertragung von — vom Fötus auf die Mutter 225; s. Diphtheriegift.

Trachea, Beziehung der — zum Thorax, durch Röntgenstrahlen festgestellt 418; Durchbruch eines Aneurysma in die — 163; Chirurgie der — 418; Diaphragma der — 418.

— Divertikel der — 418.

— Epitheliom der — 79, 308.

— Fremdkörper in der — 69, 70, 71, 72, 195, 303, 458 (Blutegel), 459; Intubation bei — 70, 459.

— Gumma der — 308.

— Ozaena der — 183, 518.

— Resection der — 308 (bei primärem Krebs).

— Ruptur der — 308.

— Strictur der — 418.

— Tumoren der — 77, 534 (tuberculöse —).

— Verletzungen der — 68; s. a. Kehlkopfwunden etc.

Trachealfistel, angeborene — 163.

Tracheitis, membranöse — ohne Diphtheriebacillen 159; chronisch-fibrinöse — 390.

Tracheocele im Anschluss an eine Suspension 76.

Tracheotomie unter localer Anästhesie 459; Blutungen nach der — 307; die Lebensdauer nach der — 460; Stenose nach — 73.

— wegen Angina Ludovici 144.

— bei Diphtherie 158, 243, 244, 500.

— wegen Fremdkörper in den Luftwegen 70, 71, 458 (hohe —).

— bei membranöser Laryngitis 159.

— bei Kehlkopfpapillomen 32, 247.

— bei subglottischem Tumor 90, 246.

— bei Tuberculose und Lupus des Larynx 520.

Tracheotomiecanüle, Intubation wegen Hindernisse bei Entfernung der — 73.

Triangulum pharygo-maxillare, Phlegmonen des — 143.

Trigeminus, zur Physiologie des — 404.

Trigeminusneuralgie s. Neuralgie.
Tuben 76; modificirte O'Dwyer'sche — 76; O'Dwyer'sche und Fischer'sche — 76; — zur Dilatation bei Kehlkopfstenose 456.
Tuberculin bei Lupus der Nase 12; — bei Lupus der Luftwege 169.
Tuberculose, serotherapeutische Untersuchungen über die Frühdiagnose der — 145; Prophylaxe der — 499; Infectionsgefahr der — 499.
Tupfer, sterile 393.
Turbinotomie, Instrument zur kaustischen — 136; Trigeminusneuralgie geheilt durch die — 136; bei Antrumempyem 431.
Typhus, Kehlkopfaffectionen bei — 160, 371; Heilung eines Falles von Rhinosclerom im Verlauf von — 231; Perforation im Septum als Folge von — 442.
Typhusbacillen in der Kehlkopfschleimhaut 160.

U.

Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige, zur Frage des — 249, 450.
Unterkiefer, Prothese des — 189; s. a. Kiefer.
Unterlippe, Carcinom der — 17 (recidivirendes —).
— Epitheliom der — 358 (geheilt nach dem Verfahren von Cerny und Trunecek).
— maligne Geschwulst der — 208.
— Telangiectasia lymphatica der — 358.
Uranium bei Coryza 9.
Uranoplastik, Methodik der — 361.
Uranostaphylorrhaphie 113, 511.
Urticaria des Kehlkopfs (chronische —) 371, 519.
— der Zunge 448.
Uterushusten 523.

V.

Vagus, Frühsymptome des Druckes auf den — 125; Dehnung des — 165.
Vegetabilische Ausdünstungen, Empfänglichkeit für — 55.
Ventriculus Morgagni, Präparate einer Neubildung des — 323; Untersuchungen über die Entwicklung des — 389; Eversion des — 415.
Vibrationsmassage der Nasenrachenschleimhaut 14; Apparat zur — für den Selbstgebrauch 289.
Vogeldiphtheritis, Bacteriologie der — 115.

W.

Wange, Zerstörung der — durch Cancrum oris 357; Abtragung einer Geschwulst der — 358.
Wangenschleimhaut, geheiltes tuberculöses Geschwür der — 403.
Wasserstoffsuperoxyd, Anwendung des — in der Rhino-Laryngologie 281; Einwirkung von — auf Staphylococcusculturen 326.
Wolfsrachen, Ursachen des — 511, s. Gaumenspalte.

X.

Xeroform 53.
Xerostomie 292, 293.

Z.

Zähne, überzähliger — 19 (im Gaumendach); invertirter — in der Nase 174; Hutchinson'sche — 510.
Zäpfchen, Beziehungen des — zu verschiedenen Krankheiten 510; Anomalien des — 153, 446; angeborene Spaltung des — 446.
— Defect des — 510.
— Epitheliom des — 141, 446 (primäres —).
— Papillom des — 324.
— Polyp des — 446.
— Tumor des — 329.
Zunge, die — in den wichtigsten Krankheiten 447; Anomalie der — 22 (Kind mit 2 Zungen); Lymphgefässe und Lymphdrüsen der — 297; schwarze Zunge 21, 328, 448.
— Amputation der — s. Resection der —.
— Angiocavernom der — 21.
— Angiom der — 449 (spontan heilend), 476 (multiples —).
— Carcinom der — 297, 450, 451; — mit Metastase am Herzen 22; Verbreitungswege des — 297; — entstanden aus einem Papillom 450; —

auf dem Boden einer gummösen Glossitis 451; Behandlung des — nach Cerny-Trunecek 450; Operationen bei — 155. 297, 298, 450, 451, 456 (Dauersonde nach —).
Zunge, Cyste der — 154 (ungewöhnliche —).
— Entzündung der — s. Glossitis.
— Exstirpation der — 22, 155, 297 (partielle —) 451, s. a. Resection der —.
— Fissur der — 295.
— Geschwüre der — 20, 296 (Diagnostik der —).
— Gumma der — 50 (geheiltes —), 449.
— Leptothrixmycose der — 294.
— Leucoplakie der — 449 (Behandlung der —).
— Lymphangiom der — 21, 450.
— Papillom der — 450 (mit epithelialer Umbildung).
— Psoriasis der — 294, 449 (Behandlung der — durch Decortication).
— Resection der — 21 (zapfenförmige —), 22, 155 (nach Whitehead), 297, 298, 451.
— Sarcom der — 154, 296.
— Totalexstirpation der — 155, 297, 298, 451.
— Tuberculäre Syphilis der — 295.
— Tuberculöse Geschwüre der — 295.
Zunge, Tumor der — 154 (bei einem Kinde), 449 (erectiler, spontan heilend).
— Ulcerationen der — 20, 295, 296, 447, 448.
— Urticaria der — 448 (isolirte —).
Zungenbändchen, tödtliche Blutung nach Durchschneidung des — 20.
Zungenbasis, Carcinom der — 141, 203; Schilddrüse an der — 174, 452; phlegmonöse Entzündung der — 294.
Zungenbein, Schleimbeutel vor dem — 215.
Zungenbelag, Bedeutung des — 293.
Zungenhalter mit Thermometer 393.
Zungenspalte 23.
Zungentonsille, Abscess der — 63.
— Hypertrophie der — 21 (fibröse —), 156 (Reflexstörungen bei —), 451, 535 (als Ursache von Husten); operative Behandlung der — 21.
— Phlegmonöse Entzündung der — 294.
— Syphilis der — 451.
Zweifelhafte Geschwülste, Bericht über die Untersuchung von — 139, 203, 430.
Zwerchfellasthma, hysterisches — 223.
Zwerchfell-Glottiskrampf bei Säuglingen 124.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

